

# Inserir cabeçalho da OSC

## ANEXO II

### MODELO DE PROPOSTA

Chamamento Público nº. 03/2025/SMPS



(OBS: os campos em vermelho podem ser alterados, preenchidos, complementados. Antes de imprimir, retirar as orientações em vermelho)

| PROPOSTA – EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 03/2025/SMPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                           |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|---------|
| <b>1. DADOS CADASTRAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                           |         |
| Proponente (Razão Social):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                           |         |
| CNPJ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            | Data de abertura do CNPJ: |         |
| Endereço (Rua, Av. Pça, nº.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                           |         |
| Bairro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Cidade/UF: | CEP:                      |         |
| Telefone:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            | E-mail:                   |         |
| Nome do Representante Legal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                           | Função: |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | RG         | Telefone:                 |         |
| Endereço (Rua, Av. Pça, nº.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                           |         |
| Bairro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Cidade/UF: | CEP:                      |         |
| Período de Mandato da Diretoria:<br>De xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                           |         |
| Município:<br>Pouso Alegre/MG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                           |         |
| <b>2. NOME DO SERVIÇO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                           |         |
| Serviço de Acolhimento Institucional para Idoso – Modalidade ILPI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                           |         |
| <b>3. APRESENTAÇÃO E HISTÓRICO DE ATUAÇÃO DA OSC</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                           |         |
| Descrever o objeto e objetivo da OSC, as principais atividades executadas, um breve histórico de ações realizadas (preferencialmente aquelas que possuem relação com o objeto da proposta apresentada), público atendido, região de atuação, dentre outras informações. (limite máximo de duas laudas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                           |         |
| <b>4. JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                           |         |
| Elaborar as razões de interesse na realização da parceria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                           |         |
| <b>5. DESCRIÇÃO DA REALIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                           |         |
| Descrever a realidade sobre a qual se pretende atuar para atingir o objeto da parceria, a problemática que pretende trabalhar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                           |         |
| <b>6. OBJETO DA PROPOSTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                           |         |
| O objeto da proposta é a execução do Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos na Modalidade ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos do município de Pouso Alegre/MG, para atendimento de X (definir o número de vagas) idosos independentes e/ou com diversos graus de dependência (grau I - dependência moderada, grau II - dependência grave e grau III - dependência total), com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, de ambos os sexos, que não disponham de condições para permanecer com a família ou não dispõem dos meios e condições necessárias para a própria subsistência, devido à vivência de situação de violência e/ou negligência, situação de rua e/ou de abandono e demais situações de fragilidade e/ou rompimento de vínculos |            |                           |         |

## Inserir cabeçalho da OSC

familiares e comunitários, encaminhados pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais, conforme especificado no Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº. 03/2025/SMPS.

**7. OBJETIVOS, METAS, INDICADORES, MEIOS DE AFERIÇÃO E RESULTADOS ESPERADOS**



A handwritten signature in blue ink, located at the bottom right corner of the page.

# Inserir cabeçalho da OSC

| OBJETIVOS<br>O que se pretende alcançar para cumprir o objeto da parceria | METAS<br>Ações que vão me levar ao que pretendo alcançar (Objetivos). É quantitativo e mensurável. | INDICADORES<br>O que eu quero medir nessas ações? | MEIOS DE AFERIÇÃO<br>Como vou medir? | RESULTADOS ESPERADOS<br>Produto final da minha ação. |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1º)                                                                       | 1-                                                                                                 |                                                   |                                      |                                                      |
| 2º)                                                                       | 2-                                                                                                 |                                                   |                                      |                                                      |
| 3º)                                                                       | 3-                                                                                                 |                                                   |                                      |                                                      |
| 4º)                                                                       | 4-                                                                                                 |                                                   |                                      |                                                      |
| 5º)                                                                       | 5-                                                                                                 |                                                   |                                      |                                                      |



## 8 FORMA DE EXECUÇÃO

Descrever as ações que pretende realizar de forma objetiva para o cumprimento de cada meta proposta, incluindo informações sobre o público alvo (estimado também se for o caso), a área de abrangência e a forma como se pretende alcançar os objetivos propostos e fazendo correlação com a equipe de trabalho e recursos envolvidos. ACRESCENTAR A PERIODICIDADE DE PRODUÇÃO DOS MEIOS DE AFERIÇÃO DESCRITOS NO ITEM 5.

Preencher todas as metas individualmente, de acordo com a proposta do quadro de metas.

**Meta 1:** *Transcrever a meta conforme quadro do item 5*  
(Descrever)

**Meta 2:** *Transcrever a meta conforme quadro do item 5*  
(Descrever)

**Meta 3:** *Transcrever a meta conforme quadro do item 5*  
(Descrever)



|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>9. PRAZO DE EXECUÇÃO</b>                                                                                                                   |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| 36 (trinta e seis) meses a contar do dia da assinatura do Termo de Colaboração com as devida publicação de seu Extrato no Diário Oficial AMM. |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| <b>10. PREVISÃO DE RECEITAS</b>                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     | <b>Origem</b>   |                       | <b>Valor</b>                                                                           |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| Repasse                                                                                                                                       |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| Contrapartida (se houver)                                                                                                                     |     |                 |                       | Valor da mensuração dos bens e serviços postos à disposição pela OSC. Apenas se houver |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| <b>11. PREVISÃO DE DESPESAS</b>                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| <b>Quadro de Recursos Humanos</b>                                                                                                             |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| Cargo/Função                                                                                                                                  | QTD | Período (meses) | Carga horária semanal | Valor mensal sem encargos por profissional                                             | Encargos por profissional | Transporte por profissional | Alimentação por profissional | Valor MENSAL UNITÁRIO com encargos, transporte e alimentação | Valor MENSAL TOTAL com encargos, transporte e alimentação | Valor Total anual |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              | <b>TOTAL</b>                                                 |                                                           |                   |
| <b>Despesas Operacionais (material de consumo, serviços de terceiros, dentre outras indispensáveis para operacionalização do projeto)</b>     |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| <b>Descrição</b>                                                                                                                              |     |                 | <b>Quantidade</b>     |                                                                                        | <b>Valor Unitário</b>     |                             | <b>Valor Total</b>           |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                               |     |                 |                       |                                                                                        |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |

Inserir cabeçalho da OSC

[illegible]

# Inserir cabeçalho da OSC

## 12. CONTRAPARTIDA

Descrever os bens, serviços e despesas complementares a serem aportados na execução da parceria, com a respectiva forma de mensuração, se for o caso.

| Bem ou Serviço | Valor Mensurado |
|----------------|-----------------|
|                |                 |
|                |                 |
|                |                 |
|                |                 |
|                |                 |
| TOTAL          |                 |



## 13. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Será repassado o valor de R\$4.000,00 (quatro mil reais) por vaga ocupada por idosos independentes ou com grau de dependência moderada a grave (grau I e II) e o valor de R\$6.000,00 (seis mil reais) por vaga ocupada por idosos com grau de dependência total (grau III), sendo o valor estimativo mensal e anual serão calculados na fase de elaboração do Plano de Trabalho, que será reajustado conforme índice IPCA a cada doze meses de parceria vigente.

## 14. DATA E ASSINATURA

Pouso Alegre/MG, de      de 2025.

Nome e Cargo do Responsável Legal pela OSC





**ANEXO III**  
**PLANO DE TRABALHO**

(OBS: os campos em vermelho podem ser alterados, preenchidos, complementados. Antes de imprimir, retirar as orientações em vermelho)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                  |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|----------------|
| <b>PLANO DE TRABALHO – EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 03/2025/SMPS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                  |                |
| <b>1. DADOS DA ATIVIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                  |                |
| <b>Nome do Serviço:</b> Serviço de Acolhimento Institucional para Idoso - ILPI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                  |                |
| <b>Período de Vigência:</b><br>36 (trinta e seis) meses da assinatura do Termo de Colaboração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   | <b>Valor Global Estimativo:</b>  |                |
| <b>Objeto da Parceria:</b><br>O objeto da parceria é a execução do Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos na Modalidade ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos do município de Pouso Alegre/MG, para atendimento de X (definir o número de vagas) idosos independentes e/ou com diversos graus de dependência (grau I - dependência moderada, grau II - dependência grave e grau III - dependência total), com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, de ambos os sexos, que não disponham de condições para permanecer com a família ou não dispõem dos meios e condições necessárias para a própria subsistência, devido à vivência de situação de violência e/ou negligência, situação de rua e/ou de abandono e demais situações de fragilidade e/ou rompimento de vínculos familiares e comunitários, encaminhados pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais, conforme especificado no Termo de Referência do Edital de Chamamento Público nº. 03/2025/SMPS. |                   |                                  |                |
| <b>2. DADOS CADASTRAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                  |                |
| <b>Organização da Sociedade Civil (Razão Social):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                                  |                |
| <b>CNPJ:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   | <b>Data de abertura do CNPJ:</b> |                |
| <b>Endereço (Rua, Av. Pça, nº.):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                  |                |
| <b>Bairro:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Cidade/UF:</b> | <b>CEP:</b>                      |                |
| <b>Telefone:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | <b>E-mail:</b>                   |                |
| <b>Nome do Representante Legal:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                  | <b>Função:</b> |
| <b>CPF:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>RG</b>         | <b>Telefone:</b>                 |                |
| <b>Endereço (Rua, Av. Pça, nº.):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                  |                |
| <b>Bairro:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Cidade/UF:</b> | <b>CEP:</b>                      |                |
| <b>Responsável pela elaboração do Plano de Trabalho:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                  |                |
| <b>Contato do responsável pela elaboração do Plano de Trabalho (e-mail e telefone):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                  |                |



**Período de Mandato da Diretoria:**

De xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx

**3. DESCRIÇÃO DA REALIDADE E JUSTIFICATIVA DA PARCERIA**

Descrever a realidade na qual o objeto da parceria se insere (local, público atendido, estrutura, entre outros), principais desafios encontrados demonstrando de forma clara e objetiva a relação (nexo) desta realidade com o objeto da parceria, atividades e metas e como elas vão impactar nessa realidade.

Utilize este momento para demonstrar a importância do projeto/atividade/serviço para a sociedade e como as ações previstas colaboram, direta ou indiretamente, na promoção, defesa e garantia de direitos do público alvo.

Descrever os impactos econômicos ou sociais esperados pelo desenvolvimento das ações e se há possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto, quando for o caso.

**4. PÚBLICO ALVO****5. OBJETIVOS, METAS, INDICADORES, MEIOS DE AFERIÇÃO E RESULTADOS ESPERADOS**

Inserir cabeçalho da OSC

[illegible]



## 6. METODOLOGIA

Apresentar um cronograma de como será desenvolvido o projeto (planejamento, orçamentos e cotações, início das atividades, término das atividades,....)

Descrever de forma clara e minuciosa como será a execução de cada uma das metas descritas no quadro do item 5, demonstrando como o serviço/projeto/atividades serão desenvolvidos e fazendo correlação com a equipe de trabalho e recursos envolvidos. ACRESCENTAR A PERIODICIDADE DE PRODUÇÃO DOS MEIOS DE AFERIÇÃO DESCRITOS NO ITEM 5.

Preencher todas as metas individualmente, de acordo com a proposta do quadro de metas.

**Meta 1:** *Atendimento integral a 90% dos idosos .....*

(Descrever)

**Meta 2:** .....

(Descrever)

**Meta 3:** .....

(Descrever)



| <b>7. PRAZO DE EXECUÇÃO</b>                                                                                                                  |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------|
| 36 (trinta e seis) meses a contar do dia da assinatura do Termo de Colaboração com a devida publicação de seu Extrato no Diário Oficial AMM. |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| <b>8. PREVISÃO DE RECEITAS</b>                                                                                                               |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     | <b>Origem</b>           | <b>Valor</b>                                                                           |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| Repassse                                                                                                                                     |     |                         | R\$130.000,00 (cento e trinta mil reais)                                               |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| Contrapartida (se houver)                                                                                                                    |     |                         | Valor da mensuração dos bens e serviços postos à disposição pela OSC. Apenas se houver |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| <b>9. PREVISÃO DE DESPESAS</b>                                                                                                               |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| <b>Quadro de Recursos Humanos</b>                                                                                                            |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| Cargo/Função                                                                                                                                 | QTD | Período<br>o<br>(meses) | Carga horária<br>semana<br>l                                                           | Valor mensal sem encargos por profissional | Encargos por profissional | Transporte por profissional | Alimentação por profissional | Valor mensal unitário com encargos, transporte e alimentação | Valor mensal total com encargos, transporte e alimentação | Valor Total anual |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
|                                                                                                                                              |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                 |     |                         |                                                                                        |                                            |                           |                             |                              |                                                              |                                                           |                   |



# Inserir cabeçalho da OSC

| Despesas Operacionais (material de consumo, serviços de terceiros, dentre outras indispensáveis para operacionalização do projeto) |            |                |             |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|-------------|----|
| Descrição                                                                                                                          | Quantidade | Valor Unitário | Valor Total |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             |    |
|                                                                                                                                    |            |                |             | </ |





AQUI DEVERÁ CONTER A LOGO DA INSTITUIÇÃO COM TODOS OS DADOS

#### 10. CONTRAPARTIDA

Descrever os bens, serviços e despesas complementares a serem aportados na execução da parceria, com a respectiva forma de mensuração, se for o caso. **Se não for o caso de haver contrapartida, retirar esse item e renumerar o próximo item.**

| Bem ou Serviço | Valor Mensurado |
|----------------|-----------------|
|                |                 |
|                |                 |
| TOTAL          |                 |



#### 11. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Será repassado o valor de R\$4.000,00 (quatro mil reais) por vaga ocupada por idosos independentes ou com grau de dependência moderada a grave (grau I e II) e o valor de R\$6.000,00 (seis mil reais) por vaga ocupada por idosos com grau de dependência total (grau III), totalizando um valor estimativo mensal de R\$XX.XXX,XX, resultando no valor global estimativo de R\$X.XXX.XXX,XX em 36 (trinta e seis) meses de parceria, que será reajustado conforme índice IPCA a cada doze meses de parceria vigente.

A cada quatro parcelas, a seguinte somente será liberada para pagamento após a entrega do Relatório de Monitoramento e Avaliação da Parceria e documentos de comprovação parcial de execução do objeto e execução financeira, em conformidade com o inciso II do artigo 48 da Lei Federal nº. 13.019/2014, por descumprimento de obrigação constante no inciso III do item 2.3 da Cláusula Segunda do Termo de Colaboração.

Conforme §3º do artigo 46 do Decreto Municipal nº. 6.159/2025: *“Os recursos deverão ser aplicados em cadernetas de poupança, fundo de aplicação financeira de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreada em títulos da dívida pública, mediante avaliação do investimento mais vantajoso, todos com liquidez diária, enquanto não empregados na sua finalidade.”*

#### 12. DATA E ASSINATURA

Pouso Alegre/MG, de     de 2025.

Nome e Cargo do Responsável Legal pela OSC





**ANEXO IV**  
**MODELO DE IDENTIFICAÇÃO DO ENVELOPE DA PROPOSTA E DE**  
**RECURSOS/CONTRARRAZÕES**

**PROPOSTA Nº \_\_\_\_\_** *(a ser preenchida no recebimento da proposta pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais por ordem de protocolo)*

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 03/2025/SMPS**

**OSC:** *(colocar o nome da OSC)*

**CNPJ:** *(colocar o CNPJ da OSC)*

**RESPONSÁVEL LEGAL:** *(nome do Presidente da OSC)*

**ENDEREÇO DA OSC:**

**TELEFONE:**

**E-MAIL:**

**ATENÇÃO:** Recortar na área pontilhada.

**RECURSO – EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 03/2025/SMPS**

**OSC:** *(colocar o nome da OSC)*

**CNPJ:** *(colocar o CNPJ da OSC)*

**RESPONSÁVEL LEGAL:** *(nome do Presidente da OSC)*

**E-MAIL:**

**ATENÇÃO:** Recortar na área pontilhada.

**CONTRARRAZÕES – EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 03/2025/SMPS**

**OSC:** *(colocar o nome da OSC)*

**CNPJ:** *(colocar o CNPJ da OSC)*

**RESPONSÁVEL LEGAL:** *(nome do Presidente da OSC)*

**E-MAIL:**

**ATENÇÃO:** Recortar na área pontilhada.



**ANEXO V**  
**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DA PROPOSTA**

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 03/2025/SMPS

A Secretaria Municipal de Políticas Sociais, com sede na Rua Professor Doutor Jorge Beltrão, nº. 147, Bairro Centro, Pouso Alegre/MG, CEP: 37550-264, **DECLARA** ter recebido 01 (um) envelope lacrado, nos termos do item **10.7** do Edital supracitado, contendo **PROPOSTA PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA IDOSO – MODALIDADE ILPI NO MUNICÍPIO DE POUSO ALEGRE/MG**, da OSC:

\_\_\_\_\_, na data de hoje, às  
\_\_\_\_\_:\_\_\_\_ horas.

Pouso Alegre/MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Servidor que recebeu a proposta: \_\_\_\_\_

Matrícula nº.: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_





**ANEXO VI**  
**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

**RECURSO À COMISSÃO DE SELEÇÃO DO EDITAL DE CHAMAMENTO**  
**PÚBLICO Nº. 03/2025/SMPS**

|                                                                                                                                        |                   |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|
| <b>1. RECORRENTE</b>                                                                                                                   |                   |                |
| <b>Razão Social:</b>                                                                                                                   |                   | <b>CNPJ:</b>   |
| <b>Endereço (Rua, Av. Pça, nº.):</b>                                                                                                   |                   |                |
| <b>Bairro:</b>                                                                                                                         | <b>Cidade/UF:</b> | <b>CEP:</b>    |
| <b>Telefone:</b>                                                                                                                       |                   | <b>E-mail:</b> |
| <b>Nome do Representante Legal:</b>                                                                                                    |                   | <b>Função:</b> |
| <b>2- MOTIVO DO RECURSO</b>                                                                                                            |                   |                |
| Indicar os itens com os quais discorda e para os quais pretende interpor o recurso.                                                    |                   |                |
| <b>3- JUSTIFICATIVA FUNDAMENTADA</b>                                                                                                   |                   |                |
| Apresentar por item a justificativa fundamentada, com as razões pelas quais discorda da pontuação ou julgamento realizado da proposta. |                   |                |
| <b>4- SOLICITAÇÃO</b>                                                                                                                  |                   |                |
| Com base nas justificativas apresentadas exponha o que você pretende que seja reconsiderado.                                           |                   |                |
| <b>13. DATA E ASSINATURA</b>                                                                                                           |                   |                |
| Pouso Alegre/MG, de    de 2025.                                                                                                        |                   |                |
| Assinatura<br>Nome e Cargo do Responsável Legal pela OSC                                                                               |                   |                |





**ANEXO VII**  
**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE CONTRARRAZÕES**

**CONTRARRAZÕES À COMISSÃO DE SELEÇÃO DO EDITAL DE**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 03/2025/SMPS**

|                                                                                                                  |                   |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|
| <b>1. CONTRARRAZOANTE</b>                                                                                        |                   |                |
| <b>Razão Social:</b>                                                                                             |                   | <b>CNPJ:</b>   |
| <b>Endereço (Rua, Av. Pça, nº.):</b>                                                                             |                   |                |
| <b>Bairro:</b>                                                                                                   | <b>Cidade/UF:</b> | <b>CEP:</b>    |
| <b>Telefone:</b>                                                                                                 |                   | <b>E-mail:</b> |
| <b>Nome do Representante Legal:</b>                                                                              |                   | <b>Função:</b> |
| <b>2. CONTRARRAZOADO</b>                                                                                         |                   |                |
| <b>Razão Social:</b>                                                                                             |                   | <b>CNPJ:</b>   |
| <b>Nome do Representante Legal:</b>                                                                              |                   | <b>Função:</b> |
| <b>2- MOTIVO DAS CONTRARRAZÕES</b>                                                                               |                   |                |
| Indicar os itens com os quais discorda e para os quais pretende interpor as contrarrazões.                       |                   |                |
| <b>3- JUSTIFICATIVA FUNDAMENTADA</b>                                                                             |                   |                |
| Apresentar por item a justificativa fundamentada, com as razões pelas quais discorda das alegações apresentadas. |                   |                |
| <b>4- SOLICITAÇÃO</b>                                                                                            |                   |                |
| Com base nas justificativas apresentadas exponha o que você pretende que seja considerado.                       |                   |                |
| <b>13. DATA E ASSINATURA</b>                                                                                     |                   |                |
| Pouso Alegre/MG, de     de 2025.                                                                                 |                   |                |
| Assinatura                                                                                                       |                   |                |
| Nome e Cargo do Responsável Legal pela OSC                                                                       |                   |                |



**ANEXO VIII**  
**PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE RECURSOS**

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 03/2025/SMPS

A Secretaria Municipal de Políticas Sociais, com sede na Rua Professor Doutor Jorge Beltrão, nº. 147, Bairro Centro, Pouso Alegre/MG, CEP: 37550-264, **DECLARA** ter recebido 01 (um) envelope lacrado, nos termos do item **10.11** e **10.12** do Edital supracitado, contendo **RECURSO/CONTRARRAZÕES** – Edital de Chamamento Público nº 03/2025/SMPS **PARA SELEÇÃO DE PROPOSTA PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA IDOSO – MODALIDADE ILPI NO MUNICÍPIO DE POUSO ALEGRE/MG,** da OSC:

na data de hoje, às \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ horas.

Pouso Alegre/MG, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Servidor que recebeu a proposta: \_\_\_\_\_

Matrícula nº.: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_





**ANEXO IX**  
**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA**

Declaro que a diretoria da *[identificação da organização da sociedade civil – OSC]* está ciente e concorda com as disposições previstas no Edital de Chamamento Público nº. 03/2025/SMPS e em seus anexos, bem como que se responsabiliza, sob as penas da Lei, pela veracidade e legitimidade das informações e documentos apresentados durante o processo de seleção.

Pouso Alegre/MG, (dia) de (Mês) de 20(Ano).

(Nome e Cargo do Representante Legal da OSC - ASSINAR)



**ANEXO X**  
**DECLARAÇÃO E RELAÇÃO DOS DIRIGENTES DA ENTIDADE**

Declaro para os devidos fins, em nome da [identificação da organização da sociedade civil – OSC], em cumprimento ao Edital de Chamamento Público nº. 03/2025/SMPS, item 11 e inciso VI do artigo 34 da Lei Federal nº. 13.019/2014, que:

1 - Não há no quadro de dirigentes abaixo identificados: (a) membro de Poder ou do Ministério Público ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública municipal; ou (b) cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, das pessoas mencionadas na alínea “a”;

| <b>RELAÇÃO NOMINAL ATUALIZADA DOS DIRIGENTES DA ENTIDADE</b> |                                                      |                                                |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Nome do dirigente e cargo que ocupa na OSC</b>            | <b>Carteira de identidade, órgão expedidor e CPF</b> | <b>Endereço residencial, telefone e e-mail</b> |
|                                                              |                                                      |                                                |
|                                                              |                                                      |                                                |
|                                                              |                                                      |                                                |
|                                                              |                                                      |                                                |
|                                                              |                                                      |                                                |
|                                                              |                                                      |                                                |

2 - Não contratará com recursos da parceria, para prestação de serviços, servidor ou empregado público, inclusive aquele que exerça cargo em comissão ou função de confiança, de órgão ou entidade da administração pública municipal celebrante, ou seu cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade até o segundo grau, ressalvadas as hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;

3 - Não serão remunerados, a qualquer título, com os recursos repassados: (a) membro de Poder ou do Ministério Público ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública municipal; (b) servidor ou empregado público, inclusive aquele que exerça cargo em comissão ou função de confiança, de órgão ou entidade da administração pública municipal celebrante, ou seu cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade até o segundo grau, ressalvadas as hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias; e (c) pessoas naturais condenadas pela prática de crimes contra a administração pública ou contra o patrimônio público, de crimes eleitorais para os quais a lei comine pena privativa de liberdade, e de crimes de lavagem ou ocultação de bens, direitos e valores.

Pouso Alegre/MG, (dia) de (Mês) de 20(Ano).

(Nome e Cargo do Representante Legal da OSC - Assinatura)





**ANEXO XI**  
**DECLARAÇÃO SOBRE INSTALAÇÕES E CONDIÇÕES MATERIAIS**

Declaro, em conformidade com o art. 33, **caput**, inciso V, alínea “c”, da Lei nº 13.019, de 2014 e Edital de Chamamento Público nº. 03/2025/SMPS, que a *[identificação da organização da sociedade civil – OSC]*:

dispõe de estrutura física, instalações e outras condições materiais para o desenvolvimento das atividades ou projetos previstos na parceria e o cumprimento das metas estabelecidas.

*OU*

pretende contratar ou adquirir com recursos da parceria, as condições materiais para o desenvolvimento das atividades ou projetos previstos na parceria e o cumprimento das metas estabelecidas.

*OU*

dispõe de estrutura física, instalações e outras condições materiais, para o desenvolvimento das atividades ou projetos previstos na parceria e o cumprimento das metas estabelecidas, bem como, pretende contratar ou adquirir com recursos da parceria outros bens para tal.

*OBS: A organização da sociedade civil adotará uma das três redações acima, conforme a sua situação. A presente observação deverá ser suprimida da versão final da declaração.*

Pouso Alegre/MG, (dia) de (Mês) de 20(Ano).

(Nome e Cargo do Representante Legal da OSC - Assinatura)





## ANEXO XII

### DECLARAÇÃO DA NÃO OCORRÊNCIA DE IMPEDIMENTOS

Declaro para os devidos fins, que a *[identificação da organização da sociedade civil – OSC]* e seus dirigentes não incorrem em quaisquer das vedações previstas no art. 39 da Lei nº 13.019, de 2014. Nesse sentido, a citada entidade:

- ☐ Está regularmente constituída ou, se estrangeira, está autorizada a funcionar no território nacional;
- ☐ Não foi omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada;
- ☐ Não tem como dirigente membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública da mesma esfera governamental na qual será celebrado o termo de colaboração/fomento, estendendo-se a vedação aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade até o segundo grau. *Observação: a presente vedação não se aplica às entidades que, pela sua própria natureza, sejam constituídas pelas autoridades ora referidas (o que deverá ser devidamente informado e justificado pela OSC), sendo vedado que a mesma pessoa figure no instrumento de parceria simultaneamente como dirigente e administrador público (art. 39, §5º, da Lei nº 13.019, de 2014);*
- ☐ Não teve as contas rejeitadas pela administração pública nos últimos cinco anos, observadas as exceções previstas no art. 39, caput, inciso IV, alíneas “a” a “c”, da Lei nº 13.019, de 2014;
- ☐ Não se encontra submetida aos efeitos das sanções de suspensão de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração, declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração pública, suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora e, por fim, declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo;
- ☐ Não teve contas de parceria julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível, nos últimos 8 (oito) anos; e
- ☐ Não tem entre seus dirigentes pessoa cujas contas relativas a parcerias tenham sido julgadas irregulares ou rejeitadas por Tribunal ou Conselho de Contas de qualquer esfera da Federação, em decisão irrecorrível, nos últimos 8 (oito) anos; julgada responsável por falta grave e inabilitada para o exercício de cargo em comissão ou função de confiança, enquanto durar a inabilitação; ou considerada responsável por ato de improbidade, enquanto durarem os prazos estabelecidos nos incisos I, II e III do art. 12 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992.

Pouso Alegre - MG, (dia) de (Mês) de 20(Ano).

(Nome e Cargo do Representante Legal da OSC - Assinatura)





**ANEXO XIII**

**DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PRÉVIA NA REALIZAÇÃO, COM EFETIVIDADE,  
DO OBJETO DA PARCERIA OU DE NATUREZA SEMELHANTE  
(art. 33, inciso V, alínea “b”, Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações)**

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2025/SMPS**

**Objeto da proposta: xxxxx**

DECLARAMOS, em conformidade com o art. 33, inciso V, alínea “b” da Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações, para os devidos fins de direito, que a (NOME DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL), com sede na xxxxxxxx, Nº. xx, bairro xxxxxxxx, CEP xx.xxx-xxx, Cidade de ....., Estado de ....., inscrita no CNPJ sob o Nº. xxxxxx, possui experiência prévia na realização, com efetividade, do objeto do Chamamento Público, ou de natureza semelhante, tendo em vista que executa Serviço De Acolhimento Institucional Para Idosos na modalidade ILPI no município de XXXXXXXXXXXX/MG há xxxx anos, devidamente comprovadas através do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social apresentado juntamente com a proposta e documentos elencados no inciso IV do artigo 38 do Decreto Municipal nº. 6.159/2025, conforme exigência do Edital Chamamento Público em epígrafe.

Pouso Alegre - MG, (dia) de (Mês) de 20(Ano).

(Nome e Cargo do Representante Legal da OSC - Assinatura)



## ANEXO XIV

## MODELO DE INSTRUMENTAIS PARA COMPROVAÇÃO DO OBJETO

Os instrumentais são modelos que a OSC poderá utilizar como meios de aferição para cumprimento das metas, **sem excluir outros pertinentes que poderão ser elaborados.**

**RELATÓRIO MENSAL DE ACOLHIDOS PARA FINS DE LIBERAÇÃO DE RECURSO –  
CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2025/SMPS**

| <b>I- Identificação:</b>                                                                                |                     |                                                 |                       |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| Nome da OSC:                                                                                            |                     |                                                 | CNPJ:                 |                        |
| Termo de Colaboração Nº:                                                                                |                     |                                                 | Vigência da parceria: |                        |
| Mês de referência:<br>Dezembro/2025                                                                     |                     |                                                 |                       |                        |
| Banco                                                                                                   | Agência             |                                                 | Conta                 |                        |
| Tel.:                                                                                                   |                     | E-mail:                                         |                       |                        |
| Representante Legal da OSC:                                                                             |                     |                                                 |                       |                        |
| <b>II- Dados dos acolhidos:</b>                                                                         |                     |                                                 |                       |                        |
| Para preenchimento do Grau de dependência considerar:                                                   |                     |                                                 |                       |                        |
| I- Independente; M – Grau de dependência moderada a grave (I e II); T- Grau de dependência Total (III). |                     |                                                 |                       |                        |
| Nome Completo do Acolhido                                                                               | Grau de Dependência | Data do acolhimento                             | Data do desligamento  | Motivo do desligamento |
| 1-                                                                                                      |                     |                                                 |                       |                        |
| 2-                                                                                                      |                     |                                                 |                       |                        |
| 3-                                                                                                      |                     |                                                 |                       |                        |
| 4-                                                                                                      |                     |                                                 |                       |                        |
| 5-                                                                                                      |                     |                                                 |                       |                        |
| 6-                                                                                                      |                     |                                                 |                       |                        |
| 7-                                                                                                      |                     |                                                 |                       |                        |
| 8-                                                                                                      |                     |                                                 |                       |                        |
| 9-                                                                                                      |                     |                                                 |                       |                        |
| 10-                                                                                                     |                     |                                                 |                       |                        |
| 11-                                                                                                     |                     |                                                 |                       |                        |
| 12-                                                                                                     |                     |                                                 |                       |                        |
| 13-                                                                                                     |                     |                                                 |                       |                        |
| 14-                                                                                                     |                     |                                                 |                       |                        |
| 15-                                                                                                     |                     |                                                 |                       |                        |
| <b>III- Data e assinatura</b>                                                                           |                     |                                                 |                       |                        |
| Pouso Alegre/MG, 00 de xxxxxxxx de 20XX.                                                                |                     |                                                 |                       |                        |
| Nome completo                                                                                           |                     | Nome completo do responsável pelo preenchimento |                       |                        |
| Cargo do representante legal (Presidente/ Diretor)                                                      |                     | Cargo/Função na OSC                             |                       |                        |





**RELATÓRIO BIMESTRAL INDIVIDUAL DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO  
INSTITUCIONAL DE IDOSOS – CHAMAMENTO PÚBLICO 003/2025/SMPS  
(inciso VI item 2.3 da Cláusula Segunda do Termo de Colaboração)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I- IDENTIFICAÇÃO DA OSC:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
| Nome da OSC:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CNPJ:                                                                                                                                                                                                    |
| Termo de Colaboração N°:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Vigência da parceria:                                                                                                                                                                                    |
| Representante Legal da OSC:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                          |
| Período do relatório:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |
| <b>II- IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO (A)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |
| Nome do Idoso (a):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |
| Data de Nascimento: __/__/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CPF:                      RG:                      NIS:                                                                                                                                                  |
| Idoso recebe benefício: ( ) BPC/Idoso ( ) BPC/PCD ( ) Aposentadoria, valor _____<br>( ) Auxílio doença, valor _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |
| Idoso possui bens/imóveis como fonte de renda? ( ) Sim ( ) Não      Se sim, qual valor _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |
| Data do Acolhimento: __/__/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
| Possui Encaminhamento da Secretaria de Políticas Sociais ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
| Possui Processo Judicial: ( ) Sim ( ) Não      Se sim, qual o número _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |
| Data do Desligamento (se houver): __/__/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |
| Motivo do Desligamento:<br>( ) Reintegração Familiar      ( ) Falecimento      ( ) Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
| <b>III- SITUAÇÃO DO IDOSO (A)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |
| Adaptação do Idoso (a) na Instituição:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          |
| Quadro de Saúde:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |
| O idoso (a) recebeu visita de familiares: ( ) Sim ( ) Não<br>Se sim, de quem? _____ (ex. filho, neto, esposa, irmãos, sobrinhos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |
| O idoso (a) recebeu visita de outras pessoas próximas: ( ) Sim ( ) Não<br>Quem? _____ (ex. amigo, antigos vizinhos, associação de moradores)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                          |
| <b>IV- INTERVENÇÃO DO TÉCNICO DE REFERÊNCIA NO PÉRIODO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                          |
| ( ) Acolhida/escuta; ( ) Elaboração/alteração do plano individual de atendimento; ( ) Elaboração/evolução do prontuário; ( ) Busca ativa de familiares ou amigos para aproximação e restabelecimento de vínculos familiares e/ou sociais; ( ) Articulação com a rede pública e/ou privada; ( ) Agendamento para inclusão/atualização Cadúnico; ( ) Agendamento para inclusão/atualização INSS; ( ) Atendimento e orientação sociofamiliar; e<br>( ) Outros _____ |                                                                                                                                                                                                          |
| <b>V- FREQUÊNCIA NOS SERVIÇOS, PROJETOS E ATIVIDADES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
| Descrição do Serviço/Projeto/Atividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Resultado Obtido                                                                                                                                                                                         |
| 1-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |
| <b>VI - Dados sobre internações ou quaisquer outras informações relevantes:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          |
| <b>VII- Data e assinatura</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                          |
| Nome completo<br>Cargo do representante legal (Presidente/ Diretor)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Pouso Alegre/MG, 00 de xxxxxxxx de 2025.<br><br>Nome completo do responsável pelo preenchimento<br>Cargo/Função na OSC<br>Assinatura e Carimbo do Técnico de Referência (assistente social ou psicólogo) |





**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE GRAU DE DEPENDÊNCIA  
CHAMAMENTO PÚBLICO 03/2025/SMPS**

| <b>I- IDENTIFICAÇÃO DO(A) IDOSO(A)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                         |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Nome:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |                      |
| Data de nascimento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sexo:                                                                   |                      |
| Data da Avaliação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Rede Municipal de Saúde da avaliação:<br>( ) UBS _____ ( ) Outro: _____ |                      |
| <b>II- AVALIAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                         |                      |
| O Profissional da Área de Saúde deverá marcar os quesitos de acordo com as atividades descritas avaliando se o idoso tem independência (I), precisa de assistência (A) ou depende totalmente (D) para realizar a atividade diária.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                         |                      |
| Descrição da atividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Grau de dependência                                                     | Resultado            |
| <b>1- Banho:</b><br><input type="checkbox"/> Não recebe ajuda<br><input type="checkbox"/> Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (exemplo, as costas ou uma perna)<br><input type="checkbox"/> Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (I)<br>(M)<br>(T)                                                       | ____<br>____<br>____ |
| <b>2- Vestir-se (pega roupa, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fecho, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas):</b><br><input type="checkbox"/> Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda<br><input type="checkbox"/> Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos<br><input type="checkbox"/> Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa                                                                                                                                                                                 | (I)<br>(M)<br>(T)                                                       | ____<br>____<br>____ |
| <b>3- Uso do vaso sanitário (Ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas):</b><br><input type="checkbox"/> Vai ao banheiro ou lugar equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode ser objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)<br><input type="checkbox"/> Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, para limpar-se ou para ajeitar as roupas após eliminações, ou para usar a comadre / urinol.<br><input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminação fisiológicas | (I)<br>(M)<br>(T)                                                       | ____<br>____<br>____ |
| <b>4- Transferências:</b><br><input type="checkbox"/> Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio como bengala, andador)<br><input type="checkbox"/> Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda<br><input type="checkbox"/> Não sai da cama                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (I)<br>(M)<br>(T)                                                       | ____<br>____<br>____ |
| <b>5- Continência</b><br><input type="checkbox"/> Controla inteiramente a micção e a evacuação<br><input type="checkbox"/> Tem "acidentes" ocasionais<br><input type="checkbox"/> Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | (I)<br>(M)<br>(T)                                                       | ____<br>____<br>____ |
| <b>6- Alimentação:</b><br><input type="checkbox"/> Alimenta-se sem ajuda<br><input type="checkbox"/> Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão<br><input type="checkbox"/> Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluídos intra venoso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | (I)<br>(M)<br>(T)                                                       | ____<br>____<br>____ |
| <b>7- Cadeira de Roda:</b><br><input type="checkbox"/> Independente para conduzir a cadeira de rodas<br><input type="checkbox"/> Consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (I)<br>(M)                                                              | ____<br>____         |

# Inserir cabeçalho da OSC



( ) Dependente para conduzir a cadeira de rodas.

(T)

## Interpretação dos resultados:

Maior pontuação no quesito I: Independente

Maior pontuação no quesito M: Dependência Moderada a Grave

Maior pontuação no quesito T: Dependência Total

## III- CONCLUSÃO

Concluo que o idoso avaliado possui:

( ) Independência para atividades diárias

( ) Dependência moderada a grave

( ) Dependência Total

Assinatura e carimbo do Profissional:

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**LISTA DE PRESENÇA**  
**Termo de Colaboração nº. XX/202X/SMPS**

**Nome da Atividade:**

Oficina de Música/ Oficina de Artesanato/ Aula de .....

**Professor/ ou Instrutor/ ou Responsável pela atividade:**

**Mês Referência:**

| Nome do (a) usuário (a) |  | Dias |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------------------|--|------|----|----|----|----|----|----|----|
|                         |  | 01   | 03 | 08 | 10 | 15 | 17 | 22 | 24 |
| 01                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 02                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 03                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 04                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 05                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 06                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 07                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 08                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 09                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 10                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 11                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 12                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 13                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 14                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 15                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 16                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 17                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 18                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 19                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 20                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 21                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 22                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 23                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 24                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 25                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 26                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 27                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 28                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 29                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |
| 30                      |  |      |    |    |    |    |    |    |    |

Pouso Alegre/MG, XX de xxxxxxx de 202X.

Nome do responsável pela atividade (Instrutor/professor)

Função





| LISTA DE PRESENÇA - PALESTRA          |            |
|---------------------------------------|------------|
| Termo de Colaboração nº. XX/202X/SMPS |            |
| Tema:                                 |            |
| Palestrante:                          |            |
| Data:                                 |            |
| Nome dos participantes                | Assinatura |
| 01                                    |            |
| 02                                    |            |
| 03                                    |            |
| 04                                    |            |
| 05                                    |            |
| 06                                    |            |
| 07                                    |            |
| 08                                    |            |
| 09                                    |            |
| 10                                    |            |
| 11                                    |            |
| 12                                    |            |
| 13                                    |            |
| 14                                    |            |
| 15                                    |            |
| 16                                    |            |
| 17                                    |            |
| 18                                    |            |
| 19                                    |            |
| 20                                    |            |
| 21                                    |            |
| 22                                    |            |
| 23                                    |            |
| 24                                    |            |
| 25                                    |            |
| 26                                    |            |
| 27                                    |            |
| 28                                    |            |
| 29                                    |            |
| 30                                    |            |

Pouso Alegre/MG, XX de xxxxxxxx de 202X.

Nome do responsável pela atividade (Instrutor/professor)

Função



## PESQUISA DE SATISFAÇÃO

### 1- Identificação da OSC

OSC: XXXXXXXXXXXX

CNPJ: XX.XXX.XXX/000X-XX

**Termo de Colaboração:** XXX /20XX/ SMPS

**Vigência da parceria:** XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX.

## 2. Acolhido:

### 3. Identificação de quem respondeu a Pesquisa:

Nome: \_\_\_\_\_

**Parentesco com o acolhido:**

**4. Atividade/Serviço da qual participa:**

( ) Aniversários ( ) Fisioterapia ( ) Passeio externo ( ) descrever  
( ) descrever ( ) descrever ( ) descrever

INSERIR OS SERVIÇOS OFERTADOS DISCRIMINADOS NO PLANO DE TRABALHO

**5. Como você avalia a qualidade do atendimento do cuidador?**

( ) Péssimo ( ) Ruim ( ) Indiferente ( ) Bom ( ) Excelente

6. Como você avalia a qualidade do atendimento da enfermagem?

( ) Péssimo ( ) Ruim ( ) Indiferente ( ) Bom ( ) Excelente

**7. Como você avalia a qualidade do atendimento do(a) Assistente Social?**

( ) Péssimo ( ) Ruim ( ) Indiferente ( ) Bom ( ) Excelente

8. Como você avalia a qualidade do atendimento do(a) Psicólogo(a)?

( ) Péssimo ( ) Ruim ( ) Indiferente ( ) Bom ( ) Excelente

**9. Como você avalia a qualidade do atendimento dos outros funcionários do Asilo?**

( ) Péssimo ( ) Ruim ( ) Indiferente ( ) Bom ( ) Excelente

**10. Em relação ao nível de satisfação com o serviço ofertado:**

( ) Muito Insatisfeito    ( ) Insatisfeito    ( ) Indiferente    ( ) Satisfeito    ( ) Muito Satisfeito

11. Em poucas palavras fale sobre o serviço, as atividades das quais participa e quais sugestões para melhoria.

XXXXXXX/MG, de de 20 .

Assinatura





ANEXO XV  
MINUTA DO TERMO DE COLABORAÇÃO

MINUTA DO TERMO DE  
COLABORAÇÃO Nº

0XX/2025/SMPS QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE  
POUSO ALEGRE, POR INTERMÉDIO  
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE  
POLÍTICAS SOCIAIS E A (NOME DA  
ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE  
CIVIL).

O Município de Pouso Alegre/MG, inscrito no CNPJ sob nº 18.675.983/0001-21, com sede na Rua dos Carijós, nº 45, Centro, Pouso Alegre/MG, CEP: 37550-050, por intermédio da Secretaria Municipal De Políticas Sociais, doravante denominado Administração Pública Municipal, neste ato representada pela Secretária **Sra. Marcela Reis Severino do Nascimento** e a **Organização da Sociedade Civil** XXXXXXXXXXXX inscrita no CNPJ sob nº XXXXXXXX, com sede a XXXXXXXXXX, nº XXX, Bairro XXXX, Pouso Alegre/MG, CEP XXXXXXXX, doravante denominada (o) **Organização da Sociedade Civil**, representada (o) pelo (a) Sr(a). XXXXXXXXXXXX – (cargo do representante legal da Organização da Sociedade Civil), resolvem celebrar o presente Termo de Colaboração, decorrente de aprovação no Edital de Chamamento Público nº. 03/2025/SMPS, regendo-se pelo referido Edital e o disposto na Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000; nas correspondentes Leis de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual; Lei Federal nº. 10.741/2003 “Estatuto do Idoso”; Lei Federal 8.842/1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso; Lei Federal nº 13.019/2014; Lei 13.204/15; Decreto Municipal nº. 6.159/2025; Resolução CNAS nº. 109/2009; Resolução CNAS nº. 269/2006; Resolução CNAS nº. 17/2011; Resolução CNAS nº. 09/2014 e demais legislações pertinentes, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1- O presente Termo de Colaboração, decorrente do Chamamento Público nº 03/2025/SMPS tem por objeto a Execução do Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos na Modalidade ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos do município de Pouso Alegre/MG, para atendimento de X (definir o número de vagas) idosos independentes e/ou com diversos graus de dependência (grau I - dependência moderada, grau II - dependência grave e grau III - dependência total), com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, de ambos os sexos, que não disponham de condições para permanecer com a família ou não dispõem dos meios e condições necessárias para





a própria subsistência, devido à vivência de situação de violência e/ou negligência, situação de rua e/ou de abandono e demais situações de fragilidade e/ou rompimento de vínculos familiares e comunitários, encaminhados pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais, conforme detalhado no Plano de Trabalho, parte integrante e indissociável deste Termo.

1.2- A prestação do objeto desta parceria ocorrerá nas dependências da ORGANIZAÇÃO.

1.3- Não poderão ser destinados recursos para atender a despesas vedadas pela respectiva Lei de Diretrizes Orçamentárias.

1.4- É vedada a execução de atividades que tenham por objeto, envolvam ou incluam, direta ou indiretamente:

I- Delegação das funções de regulação, de fiscalização, do exercício do poder de polícia ou de outras atividades exclusivas do Estado; e

II- Prestação de serviços ou de atividades cujo destinatário seja o aparelho administrativo do Estado.

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES**

Como forma mútua de cooperação na execução do objeto do Termo de Colaboração, comprometem-se os Parceiros a executar a integralidade das obrigações assumidas, no âmbito das respectivas competências.

### **2.1 – OBRIGAÇÕES COMUNS DOS PARCEIROS:**

I - conjugar esforços e cooperar um com o outro para a plena realização do objeto;

II - promover publicidade e transparência das informações referentes a esta parceria, atendendo ao Disposto no Decreto Municipal nº. 6.086/2025;

III - fornecer, quando requisitadas pelos órgãos de controle interno e externo e nos limites de sua competência específica, informações relativas à parceria independente de autorização judicial; e

IV - priorizar a busca por soluções pacíficas e extrajudiciais, na hipótese de qualquer dúvida ou controvérsia sobre a interpretação e cumprimento deste Termo.

### **2.2- DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL:**

I- Fornecer orientações específicas de prestação de contas às organizações da sociedade civil por ocasião da celebração das parcerias;

II- Emitir relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria e o submeter à comissão de monitoramento e avaliação, que o homologará, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização da sociedade civil;

III- Liberar os recursos por meio de transferência eletrônica e em obediência ao cronograma de desembolso, que guardará consonância com as metas, fases ou etapas de execução do objeto do Termo de Colaboração, exceto nos casos do artigo 48 da Lei Federal nº. 13.019/2014, que estabelece os casos de retenção de parcelas;

IV- Promover o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto da parceria;

V- Na hipótese de o gestor da parceria deixar de ser agente público ou ser lotado em outro órgão ou entidade, o administrador público deverá designar novo gestor,





assumindo, enquanto isso não ocorrer, todas as obrigações do gestor, com as respectivas responsabilidades;

VI- manter, em seu sítio oficial na internet, a relação das parcerias celebradas e dos respectivos planos de trabalho, até cento e oitenta dias após o respectivo encerramento;

VII- Informar aos órgãos de controle interno sobre as irregularidades verificadas nas parcerias celebradas, depois de esgotadas todas as medidas administrativas para saná-las;

VIII- Instaurar tomada de contas antes do término da parceria, ante a constatação de evidências de irregularidades na execução do objeto da parceria;

X- Repassar, os valores estipulados a serem pagos, conforme cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho;

XI- Nas ações de monitoramento, caso constatada a necessidade, propor a reorientação e o ajuste das metas e atividades definidas.

Parágrafo Único: Os recursos repassados pelo município para a cobertura da presente parceria são vedadas de aplicação no mercado financeiro, salvo quando não acarrete prejuízo ou retardamento na consecução do objeto deste Termo e seja precedida em títulos do Tesouro Nacional perante estabelecimentos oficiais de crédito, por intermédio do banco Central do Brasil, ou na forma por ele estabelecido, devendo ser mantidos os respectivos rendimentos em conta bancária vinculada a este Termo de Colaboração e destinados compulsoriamente à execução do objeto deste, sob pena de rescisão, com responsabilidade de seus dirigentes, prepostos e sucessores.

### **2.3- DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:**

I- Disponibilizar X (xxxx) vagas de atendimento à pessoa idosa independente e/ou com diversos graus de dependência (grau I - dependência moderada, grau II - dependência grave e grau III - dependência total), com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, de ambos os sexos, sendo os quartos separados por ala feminina e masculina, podendo ser individuais e/ou coletivos, banheiros, salas, cozinha e espaço ao ar livre para recreação, integração, lazer, recebimento de visitantes;

II- Cumprir os requisitos do art. 48, os princípios do art. 49 e as obrigações do art. 50, todos da Lei Federal nº10.741/2003 (Estatuto do idoso);

**III- Apresentar relatório de monitoramento a cada quatro meses de parceria contendo a descrição das atividades/serviço realizados e metas já alcançadas, juntamente com relatórios e documentos de comprovação das ações e atendimentos ofertados e de execução financeira parciais, que deverá ser entregue até o dia 20 do mês subsequente ao que completou quatro meses de parceria;**

IV- Acolher os assistidos encaminhados pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais, mediante o preenchimento de ficha de acolhimento com dados pessoais do acolhido, neste incluso informações médicas e medicamentos que faz uso, dados de familiares e demais informações que entender úteis e necessárias;

V- Manter, durante toda a vigência deste Termo, estrutura física adequada, limpa e segura;

**VI- Apresentar a cada dois meses, até o dia 20 do mês subsequente, um relatório individual do serviço ofertado devendo conter as seguintes informações:**





a) Situação do acolhido sobre adaptação na Instituição, quadro de saúde, contato com familiares, participação nas atividades realizadas;

b) Descrição dos serviços, projetos executados e metas cumpridas;

c) Acolhimento de novo usuário; desligamento do usuário por morte; internação e/ou quaisquer outras informações relevantes.

VII- Comunicar no prazo de 48h o desligamento do usuário apresentando documento comprobatório que no caso de morte deverá ser o 'Atestado de Óbito' ou "Certidão de Óbito";

VIII- Responsabilizar-se pelo traslado do acolhido e despesas correlatas para fins de tratamento em saúde ou regularização de documentação junto a órgãos públicos de interesse do idoso, dentro do município ou fora deste, bem como pelo custeio de cuidador, caso necessário, nos casos de internação;

IX- Responsabilizar-se pelo traslado no caso de óbito fora do município de Pouso Alegre com o recurso da parceria;

X- Responsabilizar-se pelas obrigações patronais, apresentando fotocópias dos recolhimentos de encargos sociais efetuados, durante a vigência do presente Termo;

XI- Permitir ao MUNICÍPIO, a todo o tempo, vistoriar e execução e aplicação dos recursos do presente Termo de Colaboração, podendo exigir qualquer comprovante que entenda necessário à atividade fiscalizadora, relativos ao cumprimento deste instrumento.

XII- Manter e movimentar os recursos na conta bancária específica, em instituição financeira pública da Caixa Econômica Federal ou do Banco do Brasil, observado o disposto no art. 51 da Lei Federal nº 13.019/2014, devendo:

a) Utilizar os recursos financeiros transferidos e o resultado das aplicações **exclusivamente no objeto do presente instrumento**, sendo em despesas correntes, conforme previsão de receitas e de despesas detalhado no Plano de Trabalho;

b) Manter escrituração contábil regular;

c) Manter a guarda dos documentos referentes à orçamentação realizada durante a parceria, desde a construção do Plano de Trabalho, pelo período de 10 (dez) anos a contar da data de envio das informações para formalização da parceria;

d) Efetuar a restituição de recursos nos casos previstos na Lei Federal nº 13.019/2014 e no Decreto Municipal nº. 6.159/2025;

e) Prestar contas na forma fixada na Cláusula Oitava, mantendo a guarda dos documentos pelo prazo de 10 (dez) anos, contados do dia útil subsequente ao da apresentação da prestação de contas final ou do decurso do prazo para a sua apresentação;

**f) Divulgar na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações cópia integral dos instrumentos de parcerias celebradas com o poder público municipal nos termos do Decreto Municipal nº. 6.086/2025 e em atendimento ao artigo 11 da Lei Federal nº 13.019/2014;**

g) Dar livre acesso dos servidores dos órgãos ou das entidades públicas repassadoras dos recursos, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondentes aos





processos, aos documentos, às informações referentes aos instrumentos de transferências regulamentados pela Lei nº 13.019, de 2014, bem como aos locais de execução do objeto;

h) Responder exclusivamente pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal;

i) Responder exclusivamente pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no Termo de Colaboração, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução; e

j) Disponibilizar ao cidadão, na sua página na internet ou, na falta desta, em sua sede, consulta ao extrato deste termo de colaboração, contendo, pelo menos, o objeto, a finalidade e o detalhamento da aplicação dos recursos.

§ 1º A referida ORGANIZAÇÃO não poderá recusar o acolhimento dos assistidos encaminhados pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais, exceto no caso de ter excedido o limite das vagas reservadas ao MUNICÍPIO, devendo a recusa ser formalizada, por escrito e fundamentada, para apreciação pelo Município.

§ 2º As despesas financeiras de manutenção das vagas reservadas dar-se-ão em regime de mútua cooperação entre o Município, a OSC e o usuário/idoso, cabendo a este último a coparticipação até o limite de 70% setenta por cento de seu benefício previdenciário ou de assistência social, nos termos do § 2º do art. 35 da Lei Federal nº 10.741/2003.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RECURSOS FINANCEIROS**

3.1- A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL transferirá, para a execução do objeto do presente Termo de Colaboração, o valor de R\$4.000,00 (quatro mil reais) para cada vaga ocupada com idosos independentes ou com grau de dependência moderada a grave (grau I e II); e o valor de R\$6.000,00 (seis mil reais) para cada vaga ocupada com grau de dependência total (grau III), no valor mensal estimativo de até R\$XX.XXX,XX (xxxxxxx), resultando no valor anual estimativo de até R\$XX.XXX,XX (xxxxxxx); totalizando o valor global estimativo de R\$X.XXX.XXX,XX (xxxxxxx), que será reajustado conforme índice IPCA a cada doze meses de parceria vigente.

3.2- Os recursos destinados à execução da parceria de que trata este edital são provenientes do orçamento: 02.016.000.0008.0244.0025.2717.33390390000000000000.25000000000 – SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA PESSOAS IDOSAS - outros serviços de terceiros Pessoa Jurídica – Ficha 1315 da correspondente dotação orçamentária para os exercícios subsequentes, caso necessário, que serão repassados conforme vagas ocupadas no limite previsto no Plano de Trabalho, em conformidade com o cronograma de desembolso.

3.3- A cada quatro parcelas, a seguinte somente será liberada para pagamento após a entrega do Relatório de Monitoramento e Avaliação da Parceria e documentos de





comprovação parcial de execução do objeto e execução financeira, em conformidade com o inciso II do artigo 48 da Lei Federal nº. 13.019/2014, por descumprimento de obrigação constante no inciso III do item 2.3 da Cláusula Segunda do Termo de Colaboração.

3.4- A estimativa de vagas por graus de dependência poderá ser alterada, conforme necessidade, mediante comprovação da OSC pela apresentação do Formulário de Avaliação do Grau Dependência.

#### **CLÁUSULA QUARTA - DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS**

4.1- Toda a movimentação financeira deve ser efetuada, obrigatoriamente, em conta corrente específica da parceria, isenta de tarifa bancária, em agência de instituição financeira pública do Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal, observando os seguintes requisitos:

a) A conta corrente deverá ser aberta no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis após a publicação do presente termo no Diário Oficial dos Municípios Mineiros - AMM, e seus dados informados ao MUNICÍPIO no prazo máximo de 03 (três) dias úteis após a abertura; e

**b) É obrigatória a aplicação dos recursos deste Termo de Colaboração, enquanto não utilizados, preferencialmente em caderneta de poupança de instituição financeira oficial.**

4.2- Os rendimentos das aplicações financeiras serão, obrigatoriamente, aplicados no objeto do Termo de Colaboração, estando sujeitos às mesmas condições de prestação de contas exigidos para os recursos transferidos.

**4.3- As parcelas dos recursos transferidos no âmbito da parceria não serão liberadas e ficarão retidas nos casos descritos na Cláusula Terceira, item 3.3 e na Cláusula Quinta, item 5.5 até ato saneador da irregularidade.**

4.4- Por ocasião da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção da parceria, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à administração pública no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente da administração pública.

**4.5- Poderá a administração pública realizar o pagamento antecipado de parcela por ocasião do interesse público e/ou para garantir a continuidade do serviço, consoante disposição existente no Edital de Chamamento e neste Termo.**

#### **CLÁUSULA QUINTA - DA EXECUÇÃO DAS DESPESAS**

5.1- O presente Termo de Colaboração deverá ser executado fielmente pelos partícipes, de acordo com as cláusulas pactuadas e as normas de regência, respondendo cada uma pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

5.2- Os recursos somente poderão ser utilizados para pagamento de despesas constantes do Plano de Trabalho, nas hipóteses previstas na Lei Federal nº 13.019/14 e no Decreto Municipal nº 6.159/2025, vedada sua utilização em finalidade diversa da pactuada neste instrumento.





5.3- Toda movimentação de recursos no âmbito desta parceria será realizada mediante transferência eletrônica sujeita à identificação eletrônica do beneficiário final, ou seja, os pagamentos devem ser realizados mediante crédito na conta bancária de titularidade dos fornecedores e prestadores de serviços, por meio da Transferência Eletrônica Disponível – TED –, Documento de Ordem de Crédito – DOC –, débito em conta e boleto bancário, todos sujeitos à identificação do beneficiário final.

5.4- Os recursos transferidos pelo MUNICÍPIO não poderão ser utilizados para despesas efetuadas em período anterior ou posterior à vigência da parceria, permitido o pagamento de despesas após o término da parceria, desde que a constituição da obrigação tenha ocorrido durante a vigência da mesma e esteja prevista no plano de trabalho, sendo a realização do pagamento limitada ao prazo de 30 (trinta) dias previstos no artigo 52 da Lei Federal nº. 13.019/2014 para devolução do saldo remanescente.

5.5- O pagamento das verbas rescisórias da equipe de trabalho da organização da sociedade civil, poderá ser realizada ainda que após o término da execução da parceria, desde que provisionada e proporcional ao período de atuação do profissional na execução das metas previstas no plano de trabalho, mediante memória de cálculo apresentada na Prestação de Contas.

**5.6- O MUNICÍPIO poderá reter as parcelas dos recursos financeiros destinados à OSC nas seguintes hipóteses e condições, até o saneamento das impropriedades constatadas:**

- a) Nas hipóteses em que, por meio do monitoramento e avaliação da parceria, se constate a existência de evidências de irregularidades na aplicação de parcelas anteriormente recebidas;**
- b) Desvio de finalidade da aplicação dos recursos ou o inadimplemento da O.S.C. em relação a obrigações estabelecidas no presente Termo de Colaboração; ou**
- c) situação em que a OSC deixe de adotar sem justificativa suficiente as medidas saneadoras apontadas pelo MUNICÍPIO ou pelos órgãos de controle interno ou externo.**

5.7- Por ocasião da conclusão, denúncia ou rescisão da parceria, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, deverão ser devolvidos ao MUNICÍPIO, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias.

5.8- Fica expressamente vedada a utilização dos recursos transferidos, sob pena de nulidade do ato e responsabilidade do agente ou representante da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, para:

- a) Realização de despesas a título de taxa de administração, de gerência ou similar;
- b) Finalidade diversa da estabelecida neste instrumento, ainda que em caráter de emergência;
- c) Realização de despesas em data anterior ou posterior à sua vigência, com exceção dos casos previstos na Lei Federal nº. 13.019/2014;
- d) Realização de despesas com taxas bancárias, com multas, juros ou correção monetária, inclusive, referentes a pagamentos ou recolhimentos fora dos prazos;





- e) Realização de despesas com publicidade, salvo as de caráter educativo, informativo ou de orientação social, das quais não constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos;
- f) Repasses como contribuições, auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos;
- g) Pagar, a qualquer título, servidor ou empregado público com recursos vinculados à parceria, salvo nas hipóteses previstas em lei específica e na lei de diretrizes orçamentárias;
- h) O financiamento das políticas públicas sociais básicas, em caráter continuado, e, que disponha de fundo específico, nos termos definidos pela legislação pertinente; e
- i) Investimentos em aquisição, construção, reforma, manutenção, e/ou aluguel de imóveis públicos e/ou privados, ainda que de uso exclusivo da política da pessoa idosa.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA**

6.1- O presente Termo de Colaboração vigorará a partir do dia da sua assinatura, com a respectiva publicação de seu extrato no Diário Oficial AMM, pelo período de 36 (trinta e seis) meses, com término no dia XX de xxxx de XXXX, conforme prazo previsto no Plano de Trabalho para a consecução de seu objeto.

6.2- Sempre que necessário, mediante proposta da Administração Pública por interesse público, ou solicitação da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL devidamente justificada e formulada, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do seu término, e após o cumprimento das demais exigências legais e regulamentares, serão admitidas prorrogações do prazo de vigência do presente Termo de Colaboração, não ultrapassando o prazo legal estabelecido no artigo 33 do Decreto Municipal nº 6.159/2025.

6.3- Caso haja atraso na liberação dos recursos financeiros, a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL promoverá a prorrogação do prazo de vigência do presente Termo de Colaboração, independentemente de proposta da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, limitado o prazo de prorrogação ao exato período do atraso verificado.

6.4- Toda e qualquer prorrogação, inclusive a referida no item anterior, deverá ser formalizada por termo aditivo, a ser celebrado pelos partícipes antes do término da vigência do Termo de Colaboração ou da última dilação de prazo, sendo expressamente vedada a celebração de termo aditivo com atribuição de vigência ou efeitos financeiros retroativos.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DO MONITORAMENTO, DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO**

7.1- A Administração Pública promoverá o monitoramento e avaliação do cumprimento do objeto da presente parceria designando Gestor de Parceria e Comissão de Monitoramento e Avaliação para acompanhamento e fiscalização.

7.2- O Gestor da parceria emitirá relatório técnico de monitoramento e avaliação, que deverá ser submetido à homologação da Comissão de Monitoramento e Avaliação, que





conforme art. 59 da Lei n.º 13.019/2014 e artigo 70 do Decreto Municipal n.º 6.159/2025, sem prejuízo de outros elementos, deverá conter:

- a) Descrição sumária das atividades e metas estabelecidas;
- b) Análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no plano de trabalho;
- c) Valores efetivamente transferidos pela administração pública;
- d) Análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentados pela organização da sociedade civil na prestação de contas, quando não for comprovado o alcance das metas e resultados estabelecidos no respectivo Termo de Colaboração.
- e) Análise de eventuais auditorias realizadas pelo controle interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias.

7.3- Na hipótese de inexecução por culpa exclusiva da organização da sociedade civil, a administração pública poderá, exclusivamente, para assegurar o atendimento de serviços essenciais à população, por ato próprio e independentemente de autorização judicial, a fim de realizar ou manter a execução das metas ou atividades pactuadas:

- a) Retomar os bens públicos em poder da organização da sociedade civil parceira, qualquer que tenha sido a modalidade ou título que concedeu direitos de uso de tais bens;
- b) Assumir a responsabilidade pela execução do restante do objeto previsto no plano de trabalho, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade, devendo ser considerado na prestação de contas o que foi executado pela organização da sociedade civil até o momento em que a administração assumiu essas responsabilidades.

**7.4- A Administração Pública poderá, a qualquer tempo e sem prévio agendamento, comparecer na sede da OSC para fiscalizar os serviços prestados e as atividades desenvolvidas, consoante artigo 42, XV da Lei Federal n.º 13.019/2014.**

7.5- Os serviços objetos dos Termos de Colaboração terão sua execução devidamente monitorada e avaliada pelo Gestor da Parceria e pela Comissão designada, tendo dentro de suas atribuições coordenarem, articularem e avaliarem a execução das ações, em conformidade com os artigos 65 a 72 do Decreto Municipal n.º 6.159/2025.

7.6- As ações de monitoramento e avaliação compreendem primordialmente a verificação de:

- I – Cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Trabalho; e
- II – Nexo das despesas com o objeto da parceria.

7.7- Os procedimentos de monitoramento e avaliação terão caráter preventivo e saneador para apoiar a boa e regular gestão das parcerias, que consistirá dentre outros em:

- I – Visitas *in loco*, nas hipóteses em que esta for essencial para verificação do cumprimento do objeto da parceria e do alcance das metas, conforme artigo 66 do Decreto Municipal n.º 6.159/2025, com acesso irrestrito aos locais de execução da atividade/projeto/programa;





II – Elaboração de Relatório Técnico com a análise dos documentos apresentados pela OSC para monitoramento e avaliação da execução da parceria; e

III – Estratégias de avaliação dos serviços junto aos usuários (pesquisa de satisfação).

7.8- Durante a vigência da parceria a OSC deverá apresentar para monitoramento e avaliação por parte do Gestor e da Comissão de Monitoramento e Avaliação da execução da parceria:

I- Mensalmente Relatório Mensal De Acolhidos Para Fins De Liberação De Recurso, que deverá vir acompanhado:

a) do Termo de Acolhimento quando houver novos acolhidos;

b) do Formulário de Avaliação do Grau de Dependência do Idoso no caso de novo acolhimento e a cada seis meses, caso a situação do acolhido não seja alterada antes desse prazo, caso este em que a OSC deverá encaminhar novo Formulário para fins de repasse de recurso conforme grau de dependência do idoso. O Formulário só terá validade se vier assinado por Profissional da Área de Saúde de Pouso Alegre ou da sede da OSC onde o idoso esteja acolhido quando se tratar de outro município;

II- A cada dois meses o Relatório Bimestral Individual do Serviço de Acolhimento Institucional de Idosos;

III- A cada quadrimestre:

a) Relatório de Monitoramento e Avaliação da parceria com descrição detalhada das ações e atividades realizadas para o cumprimento das metas e resultados parcialmente alcançados;

b) Relatórios, Planilhas, listas de presença, dentre outros documentos comprobatórios da execução do objeto da parceria, conforme previsto no Plano de Trabalho; e

c) Planilha Financeira do quadrimestre com descrição das receitas (repasse e rendimentos de aplicação financeira), despesas efetivas da parceria e ocorrências financeiras porventura existentes com a justificativa pertinente.

## **CLÁUSULA OITAVA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

8.1- A prestação de contas apresentada pela organização da sociedade civil deverá conter elementos que permitam ao gestor da parceria, avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas, devendo, dentre outros, apresentar as seguintes informações e documentos:

a) extrato da conta bancária específica de todo o período que abrange a parceria **incluindo os 30 dias posteriores ao término da parceria** para apuração de possível saldo remanescente e/ou comprovação de despesas contraídas durante o período de vigência pagas nesse período;

b) notas e comprovantes fiscais, inclusive recibos, com data do documento, valor, dados da organização da sociedade civil e número do instrumento da parceria, **quando solicitadas ou na hipótese de descumprimento de metas e resultados estabelecidos no Plano de Trabalho;**





- c) comprovante da devolução do saldo remanescente da conta bancária específica para a conta do Município, quando houver;
- d) documentos comprobatórios do cumprimento do objeto em relatórios, planilhas, fotos, vídeos ou outros necessários para comprovação, conforme previsto no plano de trabalho para aferição do cumprimento das metas, podendo a OSC utilizar-se dos instrumentais que se apliquem às suas ações disponibilizados pela Administração Pública para subsidiar a comprovação de execução do objeto da parceria;
- e) relação de bens adquiridos, produzidos ou construídos, quando for o caso; e
- f) lista de presença das atividades desenvolvidas, inclusive de capacitações de equipe, quando for o caso.

§ 1.º **Serão devolvidos os valores relacionados a metas e resultados descumpridos sem justificativa expressamente fundamentada.**

§ 2.º A organização da sociedade civil prestará contas da boa e regular aplicação dos recursos recebidos no prazo de até **45 (quarenta e cinco) dias** a partir do término da vigência da parceria, podendo ser prorrogado por mais **30 (trinta) dias**, mediante justificativa e aceite da Administração Pública, ou no final de cada exercício de doze meses, se a duração da parceria exceder um ano, conforme estabelece o art. 69 da Lei 13.019/2014.

8.2- A prestação de contas relativa à execução do Termo de Colaboração dar-se-á mediante a análise dos documentos previstos no plano de trabalho, **podendo o Gestor de Parcerias solicitar documentos complementares para que possa avaliar o andamento ou concluir que seu objeto foi executado conforme pactuado**, bem como dos seguintes relatórios:

- a) Relatório de execução do objeto, elaborado pela organização da sociedade civil, em modelo disponibilizado pela Administração Pública, contendo a descrição pormenorizada das atividades ou projetos desenvolvidos para o cumprimento do objeto e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados;
- b) Relatório de execução financeira do Termo de Colaboração, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas e sua vinculação com a execução do objeto, na hipótese de descumprimento de metas e resultados estabelecidos no plano de trabalho.

8.3 - A Administração Pública municipal considerará ainda em sua análise os seguintes relatórios elaborados internamente, quando houver:

- a) Relatório da visita técnica *in loco* realizada durante a execução da parceria;
- b) relatório técnico de monitoramento e avaliação, homologado pela comissão de monitoramento e avaliação designada, sobre a conformidade do cumprimento do objeto e os resultados alcançados durante a execução do Termo de Colaboração.

8.4- O parecer técnico do gestor acerca da prestação de contas, de que trata o art. 67 da Lei Federal nº 13.019/2014, deverá conter a análise de eficácia e de efetividade das ações quanto:

- a) Os resultados já alcançados e seus benefícios;
- b) Os impactos econômicos e/ou sociais;
- c) O grau de satisfação do público-alvo;





d) A possibilidade de sustentabilidade das ações após a conclusão do objeto pactuado.

8.5- A manifestação conclusiva sobre a prestação de contas pela administração pública observará os prazos previstos na Lei Federal nº 13.019/2014, devendo concluir, alternativamente, pela:

- a) aprovação da prestação de contas;
- b) aprovação da prestação de contas com ressalvas; ou
- c) rejeição da prestação de contas e determinação de imediata instauração de tomada de contas especial.

8.6- Constatada irregularidade ou omissão na prestação de contas, será concedido prazo para a organização da sociedade civil sanar a irregularidade ou cumprir a obrigação.

§ 1º O prazo referido no caput é limitado a 45 (quarenta e cinco) dias por notificação, prorrogável, no máximo, por igual período, dentro do prazo que a administração pública possui para analisar e decidir sobre a prestação de contas e comprovação de resultados.

§ 2º Transcorrido o prazo para saneamento da irregularidade ou da omissão, não havendo o saneamento, a autoridade administrativa competente, sob pena de responsabilidade solidária, deve adotar as providências para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis, quantificação do dano e obtenção do ressarcimento, nos termos da legislação vigente.

8.7- A Administração Pública apreciará a prestação de contas final apresentada, no prazo de até cento e cinquenta dias, contado da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência por ela determinada, prorrogável, justificadamente, por igual período.

Parágrafo único. O transcurso do prazo definido nos termos do caput sem que as contas tenham sido apreciadas:

- a) Não significa impossibilidade de apreciação em data posterior ou vedação a que se adotem medidas saneadoras, punitivas ou destinadas a ressarcir danos que possam ter sido causados aos cofres públicos;
- b) Nos casos em que não for constatado dolo da organização da sociedade civil ou de seus prepostos, sem prejuízo da atualização monetária, impede a incidência de juros de mora sobre débitos eventualmente apurados, no período entre o final do prazo referido neste parágrafo e a data em que foi ultimada a apreciação pela Administração Pública.

8.8- As prestações de contas serão avaliadas:

I - Regulares, quando expressarem, de forma clara e objetiva, o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;

II - Regulares com ressalva, quando evidenciarem impropriedade ou qualquer outra falta de natureza formal que não resulte em dano ao erário;

III - Irregulares, quando comprovada qualquer das seguintes circunstâncias:

- a) omissão no dever de prestar contas;
- b) descumprimento injustificado dos objetivos e metas estabelecidos no plano de trabalho;
- c) dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico; e
- d) desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.





8.9- O administrador público responde pela decisão sobre a aprovação da prestação de contas ou por omissão em relação à análise de seu conteúdo, levando em consideração, no primeiro caso, os pareceres técnico, financeiro e jurídico, sendo permitida delegação a autoridades diretamente subordinadas, vedada a subdelegação.

8.10- Quando a prestação de contas for avaliada como irregular, após exaurida a fase recursal, se mantida a decisão, a organização da sociedade civil poderá solicitar autorização para que o ressarcimento ao erário seja promovido por meio de ações compensatórias de interesse público, mediante a apresentação de novo plano de trabalho, conforme o objeto descrito no Termo de Colaboração e a área de atuação da organização, cuja mensuração econômica será feita a partir do plano de trabalho original, desde que não tenha havido dolo ou fraude e não seja o caso de restituição integral dos recursos.

8.11- Durante o prazo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, a organização da sociedade civil deve manter em seu arquivo os documentos originais que compõem a prestação de contas.

#### **CLÁUSULA NONA - DAS ALTERAÇÕES**

9.1- A presente parceria poderá ser alterada a qualquer tempo, mediante assinatura de termo aditivo ou termo de apostilamento, devendo a solicitação ser encaminhada com antecedência mínima de 30 (trinta) dias em relação à data de término de sua vigência.

9.2- Não é permitida a celebração de aditamento deste Termo de Colaboração com alteração de seu objeto.

9.3- A manifestação jurídica é dispensada nas hipóteses de alteração da parceria por termo de apostilamento, bem como na hipótese da alínea "c" do inciso I do caput do art. 56 do Decreto Municipal nº. 6.159/2025, sem prejuízo de consulta sobre dúvida jurídica específica apresentada pelo gestor da parceria ou pela administração pública municipal.

9.4- É obrigatório o aditamento do presente instrumento, quando se fizer necessária a efetivação de alterações que tenham por objetivo a mudança de valor, das metas, do prazo de vigência ou a utilização de recursos remanescentes do saldo do Termo de Colaboração.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DAS RESPONSABILIZAÇÕES E DAS SANÇÕES**

10.1- Pela execução da parceria em desacordo com o plano de trabalho e com as normas da Lei Federal nº 13.019/2014 e da legislação específica, a administração pública poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à organização da sociedade civil parceira as seguintes sanções:

I - Advertência;

II- Suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da administração pública sancionadora, por prazo não superior a dois anos;

III - Declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a





reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso II. Parágrafo único. A aplicação das sanções estabelecidas nos incisos II e III é de competência exclusiva do Secretário Municipal, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de dez dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

10.2- Prescreve em cinco anos, contados a partir da data da apresentação da prestação de contas, a aplicação de penalidade decorrente de infração relacionada à execução da parceria.

10.3- A prescrição será interrompida com a edição de ato administrativo voltado à apuração da infração.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS BENS REMANESCENTES**

11.1- Os bens patrimoniais adquiridos, produzidos, transformados ou construídos com recursos repassados pela Administração Pública são da titularidade da OSC e ficarão afetados ao objeto da presente parceria durante o prazo de sua duração, sendo considerados bens remanescentes ao seu término, dispensada a celebração de instrumento específico para esta finalidade.

11.2- Os bens remanescentes deverão ser relacionados em lista, com descrição de suas propriedades e enviada a Secretaria Municipal de Políticas Sociais.

11.3- Os bens patrimoniais de que trata o caput deverão ser gravados com cláusula de inalienabilidade enquanto vigor a parceria, sendo que, na hipótese de extinção da OSC durante a vigência do presente instrumento, a propriedade de tais bens será transferida à Administração Pública. A presente cláusula formaliza a promessa de transferência da propriedade de que trata o §5º do art. 35 da Lei nº 13.019, de 2014.

11.4- Quando da extinção da parceria, os bens remanescentes permanecerão na propriedade da OSC, na medida em que os bens serão úteis à continuidade da execução de ações de interesse social pela organização.

11.5- Caso a prestação de contas final seja rejeitada, a titularidade dos bens remanescentes permanecerá com a OSC, observados os seguintes procedimentos:

I- Não será exigido ressarcimento do valor relativo ao bem adquirido quando a motivação da rejeição não estiver relacionada ao seu uso ou aquisição; ou

II- O valor pelo qual o bem remanescente foi adquirido deverá ser computado no cálculo do dano ao erário a ser ressarcido, quando a motivação da rejeição estiver relacionada ao seu uso ou aquisição.

11.6- Na hipótese de dissolução da OSC durante a vigência da parceria, o valor pelo qual os bens remanescentes foram adquiridos deverá ser computado no cálculo do valor a ser ressarcido.

11.7- A OSC poderá realizar doação dos bens remanescentes a terceiros, inclusive beneficiários da política pública objeto da parceria, desde que demonstrada sua utilidade para realização ou continuidade de ações de interesse social.





11.8- Os bens remanescentes poderão ter sua propriedade revertida para o órgão ou entidade pública municipal, a critério da Administração Pública, se ao término da parceria ficar constatado que a OSC não terá condições de dar continuidade à execução de ações de interesse social e a transferência da propriedade for necessária para assegurar a continuidade do objeto pactuado, seja por meio da celebração de nova parceria, seja pela execução direta do objeto pela Administração Pública.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA EXTINÇÃO DO TERMO DE COLABORAÇÃO**

12.1- O presente Termo de Colaboração poderá ser:

I- Extinto por decurso de prazo;

II- Extinto, de comum acordo antes do prazo avençado, mediante Termo de Distrato;

III- Denunciado, por decisão unilateral de qualquer dos partícipes, independentemente de autorização judicial, mediante prévia notificação por escrito ao outro partícipe; ou

IV- Rescindido, por decisão unilateral de qualquer dos partícipes, independentemente de autorização judicial, mediante prévia notificação por escrito ao outro partícipe, nas seguintes hipóteses:

a) Descumprimento injustificado de cláusula deste instrumento;

b) Irregularidade ou inexecução injustificada, ainda que parcial, do objeto, resultados ou metas pactuadas (art. 71, inciso II, alínea “a” do Decreto Municipal nº. 6.159/2025);

c) Omissão no dever de prestação de contas anual, nas parcerias com vigência superior a um ano, sem prejuízo do disposto no 2º do art. 70 da Lei nº 13.019/2014;

d) Violação da legislação aplicável;

e) Cometimento de falhas reiteradas na execução;

f) Malversação de recursos públicos;

g) Constatação de falsidade ou fraude nas informações ou documentos apresentados;

h) Não atendimento às recomendações ou determinações decorrentes da fiscalização;

i) Descumprimento das condições que caracterizam a parceira privada como OSC (art. 2º, inciso I, da lei nº 13.019/2014);

j) Paralisação da execução da parceria, sem justa causa e prévia comunicação à Administração Pública;

k) Quando os recursos depositados em conta corrente específica não forem utilizados no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, salvo se houver execução parcial do objeto e desde que previamente justificado pelo gestor da parceria e autorizado pelo dirigente da entidade da Administração Pública, conforme previsto nos 3º do art. 47 do Decreto Municipal nº. 6.159/2025 e;

l) Outras hipóteses, expressamente, previstas na legislação aplicável.

12.2- A denúncia só será eficaz 60 (sessenta) dias após a data de recebimento da notificação, ficando os partícipes responsáveis somente pelas obrigações e vantagens do tempo em que participaram voluntariamente da avença.

12.3- Em caso de denúncia ou rescisão unilateral por parte da Administração Pública, que não decorra de culpa, dolo ou má gestão da OSC, o Poder Público ressarcirá a parceira privada dos danos emergentes comprovados que houver sofrido.





12.4- Em caso de denúncia ou rescisão unilateral por culpa, dolo ou má gestão por parte da OSC, devidamente comprovada, a organização da sociedade civil não terá direito a qualquer indenização.

12.5- Os casos de rescisão unilateral serão formalmente motivados nos autos do processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa. O prazo de defesa será de 10 (dez) dias da abertura de vista do processo.

12.6- Na hipótese de irregularidade na execução do objeto que enseje dano ao erário, deverá ser instaurada Tomada de Contas Especial caso os valores relacionados à irregularidade não sejam devolvidos no prazo estabelecido pela Administração Pública.

12.7- Outras situações relativas à extinção da parceria não previstas na legislação aplicável ou neste instrumento, poderão ser reguladas em Termo de Encerramento da Parceria a ser negociado entre as partes ou, se for o caso, no Termo de Distrato.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES GERAIS**

13.1- Acordam os partícipes, ainda, em estabelecer as seguintes condições:

I - As comunicações relativas a este Termo de Colaboração serão remetidas por correspondência ou e-mail oficialmente informado no Plano de Trabalho, ou conforme dados indicados na qualificação das partes e serão consideradas regularmente efetuadas, devendo ambos parceiros manterem atualizados seus dados;

**II – As vias originais dos documentos transmitidos via e-mail, deverão ser encaminhadas no prazo de cinco dias, caso não estejam assinados eletronicamente por certificado digital ou .gov;**

III - As reuniões entre os representantes credenciados pelos partícipes, bem como quaisquer ocorrências que possam ter implicações neste Termo de Colaboração, serão aceitas somente se registradas em ata ou relatórios circunstanciados; e

IV – Faz parte integrante do presente o Plano de Trabalho apresentado para fins de monitoramento, avaliação e execução da parceria.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO**

14.1- Será competente para dirimir as controvérsias decorrentes deste Termo de Colaboração, que não possam ser resolvidas pela via administrativa, o foro da Comarca de Pouso Alegre, Estado de Minas Gerais, com renúncia expressa a outros, por mais privilegiados que forem.

14.2 - E, por assim estarem plenamente de acordo, os partícipes obrigam-se ao total e irrenunciável cumprimento dos termos do presente instrumento, o qual, lido e achado conforme, foi lavrado em 2 (duas) vias de igual teor e forma, que vão assinadas pelos partícipes, para que produza seus jurídicos e legais efeitos, em Juízo ou fora dele.

Pouso Alegre/MG, xx de xxxxx de 2025.

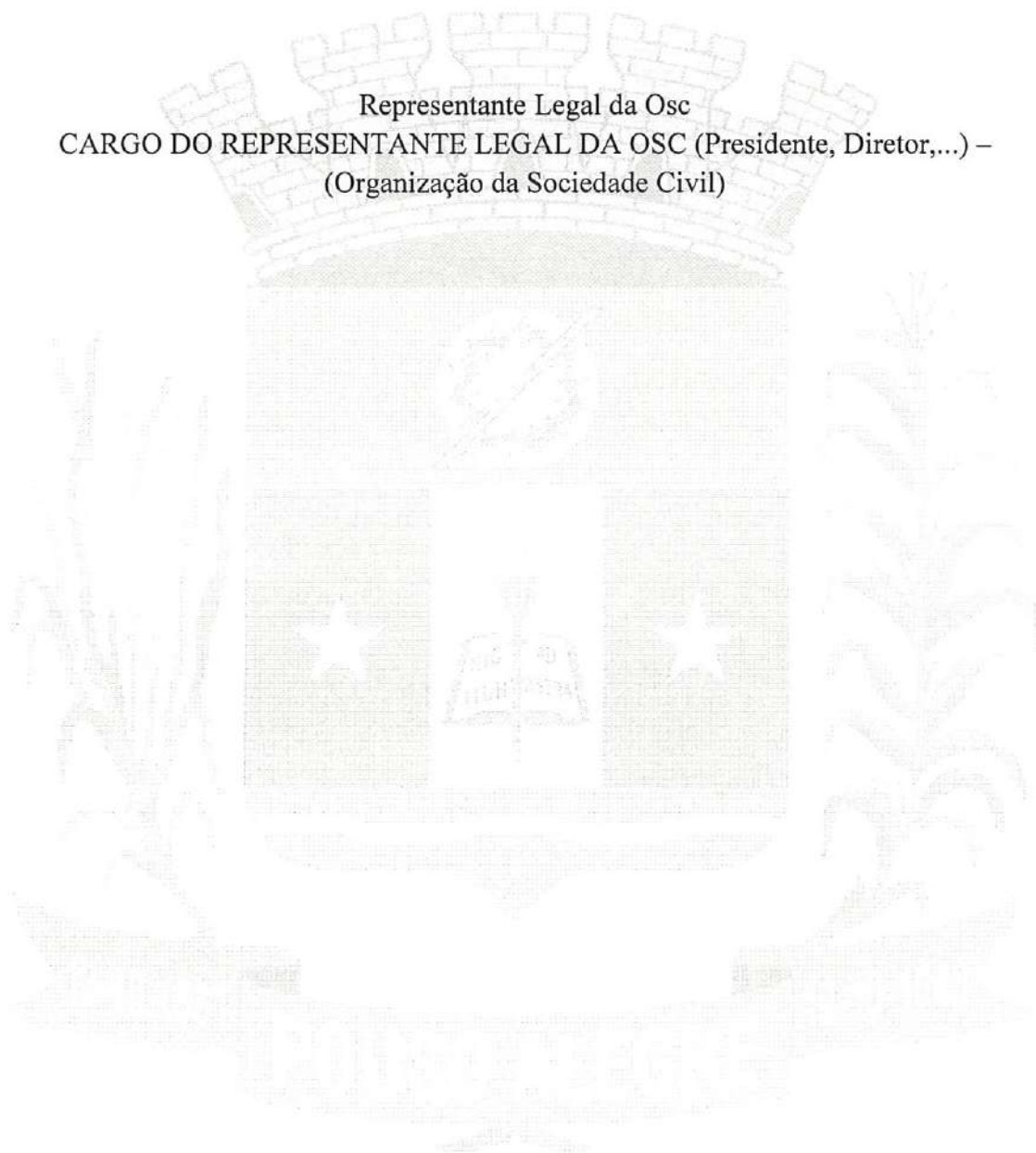




**MARCELA DOS REIS SEVERINO DO NASCIMENTO**

Secretária Municipal de Políticas Sociais

Representante Legal da Osc  
CARGO DO REPRESENTANTE LEGAL DA OSC (Presidente, Diretor,...) –  
(Organização da Sociedade Civil)





**ANEXO XVI**  
**MINUTA TERMO DE DISTRATO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº**  
**0XX/2021/SMPS**

TERMO DE DISTRATO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 0XX/2021/SMPS QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE POUSO ALEGRE, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE POLÍTICAS SOCIAIS E A XXXXXXXXX (NOME DA OSC).

O Município de Pouso Alegre/MG, inscrito no CNPJ sob nº 18.675.983/0001-21, com sede na Rua dos Carijós, nº 45, Centro, Pouso Alegre/MG, CEP: 37550-050, por intermédio da **Secretaria Municipal de Políticas Sociais**, doravante denominado Administração Pública Municipal, neste ato representada pela Sra. Secretária **Marcela Reis Severino do Nascimento** e a (nome da OSC), inscrita no CNPJ sob nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, com sede na XXXXXXXXXXXX, nº XX, XXXXXXXXXXXX, Pouso Alegre/MG, doravante denominada (o) **Organização a Sociedade Civil**, representada pelo Sr. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx – Presidente, resolvem celebrar o presente Termo de Distrato ao Termo de Colaboração, em observância Lei Federal nº 13.019, de 31 julho de 2014, Lei Federal nº 13.204, de 14 de dezembro de 2015, Decreto Municipal nº 6.159, de 25 de junho de 2025 e Termo de Colaboração nº 0XX/2021/SMPS, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente Termo de Distrato tem por objeto a extinção do Termo de Colaboração nº. 0XX/2021/SMPS, de comum acordo, com vigência iniciada em 01 de janeiro de 2022 e término previsto para 31 de dezembro de 2025, tendo em vista formalização de parceria em decorrência do Chamamento Público nº. 03/2025/SMPS com a OSC, para execução do mesmo objeto.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES**

A extinção do Termo de Colaboração nº. 0XX/20XX/SMPS não desonera a OSC do dever de prestar contas na forma, metodologia e prazo previstos na Cláusula Oitava do referido Termo, Lei Federal nº. 13.019/2014 e Decreto Municipal nº 6.159/2025.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA PUBLICIDADE**

A eficácia do presente Termo de Distrato ao Termo de Colaboração nº. 0XX/20XX/SMPS fica condicionada à publicação no Diário Oficial, a qual deverá ser





providenciada pela administração pública no prazo de até 5 (cinco) dias úteis a contar da respectiva assinatura.

Pouso Alegre/MG, xx de xxxxx de 2025.

**MARCELA REIS SEVERINO DO NASCIMENTO**  
Secretária Municipal de Políticas Sociais

**Representante Legal da Osc**  
CARGO DO REPRESENTANTE LEGAL DA OSC (Presidente, Diretor,...) –  
(Organização da Sociedade Civil)