



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE PAIAL  
Rua Goiás, 400 - Fone (49) 34510045.  
CEP: 89765-000 – Paial – Santa Catarina  
E-mail: [administracao@paial.sc.gov.br](mailto:administracao@paial.sc.gov.br) - site: [www.paial.sc.gov.br](http://www.paial.sc.gov.br)

## PLANO DE TRABALHO

### 1 - DADOS CADASTRAIS

Concedente Município de Paial		CNPJ 01.614.376/0001-59		
Endereço Rua Goiás nº 400				
Cidade Paial	U.F. SC	C.E.P. 89.765-000	DDD/Telefone (49)3451-0045	E. A. Municipal
Nome do Responsável Nevio Antonio Mortari			C.P.F. 310.840.959-04	
C.I./Órgão Expedidor	Cargo Prefeito	Função Executivo Municipal		
Endereço Rua Paraná			C.E.P. 89.765-000	

### 2 - OUTROS PARTICIPES

Convenente <b>ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BOM SAMARITANO DE ITÁ – SC - ABBS</b>		CNPJ 13.024.285/0001-42		
Endereço Rua 47, nº 90, Bairro Mitante				
Cidade ITÁ	U.F. SC	C.E.P. 89.760-000	DDD/Telefone 49-3485-1304	E. A. Sem fins lucrativos
Nome do Responsável <b>TANIA MARIA VALMORBIDA</b>			C.P.F. 400.649.489-00	
C.I./Órgão Expedidor 5187621/SSP-SC	Cargo Presidente	Função Responsável pela Instituição		
Endereço Itá			C.E.P. 89760-000	



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE PAIAL  
Rua Goiás, 400 - Fone (49) 34510045.  
CEP: 89765-000 – Paial – Santa Catarina  
E-mail: [administracao@paial.sc.gov.br](mailto:administracao@paial.sc.gov.br) - site: [www.paial.sc.gov.br](http://www.paial.sc.gov.br)

### 3 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do Projeto	Período de Execução	
	Início Janeiro/ 2017	Término Dezembro 2017
Repasso Financeiro para a ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BOM SAMARITANO DE ITÁ - ABBS		
Identificação do Objeto		
<p>O presente instrumento de convênio tem como objetivo estabelecer meios para a cooperação entre o Município e a Associação, para viabilizar o atendimento de crianças e adolescentes encaminhadas pelo Ministério Público a abrigo, localizado no Município de Itá na Rua 6, Lote 23, S/N, Bairro Centro, CEP:89760-000.</p>		
Justificativa da Proposição		
<p>O convênio tem por finalidade o repasse de recursos financeiros do município de Paial para dar as condições mínimas necessárias das crianças encaminhadas pela justiça na Casa Lar crianças estas sob violência física e ameaças das famílias.</p>		

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

Meta	Etapa	Especificação	Indicador Físico		Duração	
			Unidade	Quantidade	Início	Término
01	Fase	Manutenção das atividades na conforme Objeto do termo de colaboração durante 12 meses	Un	01	Mês Janeiro 2017	Dezembro 2017

### 5 - PLANO DE APLICAÇÃO (R\$)

Natureza da Despesa		Total	Concedente	Proponente
Código	Especificação			
3.3.50.51	Auxilio	138.690,72	138.690,72	0,00
Total Geral		138.690,72	138.690,72	0,00

### 6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$)

#### CONCEDENTE

Meta	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
	23.115,12	11,557.56	11,557.56	11,557.56	11,557.56	11,557.56



ESTADO DE SANTA CATARINA  
MUNICÍPIO DE PAIAL  
Rua Goiás, 400 - Fone (49) 34510045.  
CEP: 89765-000 – Paial – Santa Catarina  
E-mail: [administracao@paial.sc.gov.br](mailto:administracao@paial.sc.gov.br) - site: [www.paial.sc.gov.br](http://www.paial.sc.gov.br)

---

1						
	7ºmês	8ºmês	9ºmês	10ºmês	11ºmês	
	11,557.56	11,557.56	11,557.56	11,557.56	11,557.56	

**PROPONENTE (CONTRAPARTIDA)**

Meta	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						

**7 – DEFERIMENTO SOLICITADO**

<p><b>Na qualidade de representante legal do convenente, peço deferimento ao que ora é solicitado para fins de desenvolver o Plano de Trabalho proposto,</b></p> <p><u>Paial, 20 de fevereiro de 2017.</u></p> <p>_____</p> <p>Presidente da Associação</p>
---

**8. MANIFESTAÇÃO DO CONCEDENTE**

Deferido	
Local e data	Concedente
Indeferido	
Local e data	Concedente