

## MODELO DE OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DE PRESTAÇÕES DE CONTAS

À Secretaria de Igualdade e Assistência Social

Divisão de Parcerias e Planejamento

Organização	
CNPJ	
Prestação de contas	(municipal ou estadual ou federal)
Objeto da parceria:	

A organização acima qualificada, vem encaminhar a esta Secretaria os documentos e/ou esclarecimentos abaixo relacionados, que compõe a prestação de contas \_\_\_\_\_ (mês de repasse), indicando de forma detalhada, a aplicação dos recursos recebidos, na importância de R\$ \_\_\_\_\_(valor por extenso).

1 .....(relacionar documento)

2.....(relacionar documento)

3.....(relacionar documento)

...

Sorocaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

NOME/ASSINATURA  
Presidente

Obs.: Este ofício deverá ser efetuado em 02 (duas vias) e deverá ser protocolado pelo funcionário que receber a documentação, sendo que, uma via ficará com a conveniente como comprovante da entrega da documentação e a outra será acostada aos autos.

## MODELO DE SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO E INFORME DE DADOS BANCÁRIOS

À Secretaria de Igualdade e Assistência Social  
Divisão de Parcerias e Planejamento

Organização	
CNPJ	
Repasso	(municipal ou estadual ou federal)
Objeto da parceria:	
Banco	
Agência	
Conta corrente	

A organização acima qualificada, vem encaminhar a esta Secretaria a solicitação de pagamento do mês de (mês subsequente ao mês de referência da última parcela recebida), no valor de R\$ (valor de repasse mensal), referente a recursos da parceria firmado com o Município de Sorocaba/Secretaria de Igualdade e Assistência Social, movimentados exclusivamente na conta bancária supramencionada.

Sorocaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

NOME/ASSINATURA  
Presidente

MODELO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA				
REPASSES AO TERCEIRO SETOR				
DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS				
TERMOS DE COLABORAÇÃO/FOMENTO				
ÓRGÃO PÚBLICO				
ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL				
CNPJ				
ENDEREÇO E CEP				
RESPONSÁVEL(IS) PELA OSC				
CPF				
OBJETO DA PARCERIA				
COMPETÊNCIA / EXERCÍCIO				
ORIGEM DOS RECURSOS (1)	(MUNICIPAL, ESTADUAL OU FEDERAL)			
DOCUMENTO	NÚMERO	DATA	VIGÊNCIA	VALOR MENSAL
Termo de Colaboração/Fomento nº		mm/aaaa	dd/mm/aaaa a dd/mm/aaaa	R\$
Aditamento nº				
Aditamento nº				

DEMONSTRATIVO DE REPASSES PÚBLICOS RECEBIDOS				
DATA PREVISTA PARA O REPASSE	VALORES PREVISTOS – R\$	DATA DO REPASSE	DOC. DE CRÉDITO Nº	VALORES REPASSADOS
(A) SALDO DO MÊS ANTERIOR				R\$
(B) REPASSES PÚBLICOS NO MÊS DE COMPETÊNCIA				R\$
(C) RECEITAS COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS				R\$
(D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (2)				R\$
(E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A + B+ C + D)				R\$
(F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE PARCEIRA				R\$
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS PARA O MÊS DE COMPETÊNCIA (E + F)				R\$
(1) Fonte do recurso: Federal, Estadual ou Municipal, devendo ser elaborado um anexo para cada fonte de recurso.				
(2) Receitas com estacionamento, aluguéis, entre outras.				
O(s) signatário(s), na qualidade de representante(s) da entidade beneficiária acima qualificada vem indicar, na forma abaixo detalhada, a aplicação dos recursos recebidos no mês de referência em epígrafe, na importância total de:				

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO MÊS DE COMPETÊNCIA			
CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	PERÍODO DE REALIZAÇÃO		VALOR APLICADO - R\$
	ABRIL	2019	
Recursos humanos (5)	ABRIL	2019	R\$ -
Recursos humanos (6)	ABRIL	2019	R\$ -
Medicamentos	ABRIL	2019	R\$ -
Gêneros alimentícios	ABRIL	2019	R\$ -
Outros materiais de consumo	ABRIL	2019	R\$ -
Outros serviços de terceiros	ABRIL	2019	R\$ -
Locação de imóveis	ABRIL	2019	R\$ -
Locações diversas	ABRIL	2019	R\$ -
Utilidades públicas (7)	ABRIL	2019	R\$ -
Combustível	ABRIL	2019	R\$ -
Bens e materiais permanentes	ABRIL	2019	R\$ -
Obras	ABRIL	2019	R\$ -
<b>Outras despesas</b>	ABRIL	2019	R\$ -
<b>TOTAL DAS DESPESAS</b>			<b>R\$ -</b>

(5) Salários, encargos e benefícios. (6) Autônomos e pessoa jurídica. (7) Energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet.  
Outras despesas apenas mediante autorização prévia.

DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO	
(G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEL NO EXERCÍCIO	R\$ -
(J) DESPESAS PAGAS REFERENTES AO MÊS DE REFERÊNCIA	R\$ -
(K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E – (J – F)]	R\$ -
(L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO	
(M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE (K – L)	R\$ -



NOTA FISCAL 01

COMPROVANTE DE  
PAGAMENTO 01

**NOTA FISCAL 02**

**COMPROVANTE DE  
PAGAMENTO 02**



NOTA FISCAL N

COMPROVANTE DE  
PAGAMENTO N

# EXTRATOS BANCÁRIOS

## RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS VINCULADOS AO PROJETO

Funcionário	Cargo	Admissão	Demissão

Sorocaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

---

NOME  
PRESIDENTE

LOGO DA OSC

**RELATÓRIO MENSAL DE ATENDIDOS DO SERVIÇO SOCIOASSISTENCIAL**

<b>Organização:</b>	RAZÃO SOCIAL				
<b>Serviço:</b>	OBJETO DA PARCERIA				
<b>Mês:</b>	9	SETEMBRO	30	<b>Ano:</b>	2018
<b>Vagas Conveniadas:</b>	100			<b>Data:</b>	17/09/2018
<b>Índice de Execução:</b>	0,00%			<b>Total</b>	0

	Nome	Idade	Bairro de Residência em Sorocaba	Forma de Acesso	Data Entrada	Data Saída	Dias de Permanência no Mês/Ref.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
<b>Total</b>							

Observação 01: Alocar os nomes em ordem de data de entrada.

Observação 02: Informar nome completo e assinatura.

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal da Organização<sup>2</sup>

MODELO DE RELATÓRIO MENSAL DE ATIVIDADES SOCIOASSISTENCIAIS

Organização:				
Objeto da Parceria:				
Mês/Ano:				
Atividades				
nº	Individual, em grupo ou familiar	Nº de Participantes	Descrição das atividades	Nome e cargo do profissional responsável
1				
2				
...				
Observações:				
ARTICULAÇÕES COM A REDE SOCIOASSISTENCIAL E OUTRAS POLÍTICAS				
Nome da organização		Motivo	Conclusão da Articulação	
Observações:				
RESULTADOS ALCANÇADOS				

METAS DO PLANO DE TRABALHO		
Descrição da Meta	Meta quantitativa	Meta qualitativa
	Valor alcançado	Análise do cumprimento da meta qualitativa
Meta 01		
Meta 02		
INDICADORES		
Descrição do Indicador	Apuração do indicador no mês de referência	

Nós responsabilizamos-nos pela exatidão e veracidade das informações acima,

Sorocaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

NOME/ASSINATURA

Assistente Social

NOME/ASSINATURA

Coordenador

NOME/ASSINATURA

Presidente

Certificado de Regularidade do FGTS – CRF:  
<https://www.sifge.caixa.gov.br/Cidadao/Crf/FgeCfSCriteriosPesquisa.asp>;

Certidão Negativa de Débitos Tributários da Dívida Ativa do Estado de São Paulo:  
<http://www.dividaativa.pge.sp.gov.br/da-ic-web/pesquisaEmitirCrdaAction.do>;

Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União:  
<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATSP0/Certidao/CndConjuntaInter/InformaNICertidao.asp?Tipo=1>;

Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas: <http://www.tst.jus.br/certidao>

Certidão de regularidade junto à Secretaria de Finanças do município de Sorocaba (Mobiliária e Imobiliária): [http://portalsiat.sorocaba.sp.gov.br/dsf\\_sod\\_portal/inicial.do?evento=montaMenu&acronym;#](http://portalsiat.sorocaba.sp.gov.br/dsf_sod_portal/inicial.do?evento=montaMenu&acronym;#)