



ANEXO II
PROPOSTA DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS				
Órgão/Entidade Proponente			CNPJ	
Endereço:				
Cidade	UF	CEP	Telefone:	
			Email:	
Banco	Agência	C. Corrente	Praça de Pagamento	
JUSTIFICATIVA				
DESCRIÇÃO DO OBJETO		RECURSOS FINANCEIROS		
		Repasse Concedente		
NOME DO PROGRAMA				
OBJETO DO PROGRAMA		PRAZO DE EXECUÇÃO		
		Início	Término	



PLANO DE TRABALHO 1/3

1. DADOS CADASTRAIS			
Órgão/Entidade Proponente		CNPJ	
Endereço:			
Cidade		UF	Email:
		CEP	Telefone
Banco		Agência	Conta Corrente
			Praça de Pagamento
Nome do Responsável			CPF
RG/Órgão Expedidor		Cargo	Função
			Matrícula
Endereço:			
			CEP
2. OUTROS PARTICÍPES			
Órgão/Entidade		CNPJ/CPF	
Endereço:			
Cidade		UF	Telefone
		CEP	
Nome do Responsável			CPF
RG/Órgão Expedidor		Cargo	Função
			Matrícula
Endereço:			
			CEP
3. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO			
Título do Projeto:		Período de Execução	
Especificação do Projeto (Programa/Ação):		Início	Término
IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO			



JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

Público-alvo (em números):

Total de pessoas idosas do sexo masculino (quantidade):	Total de pessoas idosas do sexo feminino(quantidade):
60 a 64 anos:	60 a 64 anos:
65 a 69 anos:	65 a 69 anos:



70 a 74 anos:	70 a 74 anos:
75 a 79 anos:	75 a 79 anos:
80 a 84 anos:	80 a 84 anos:
85 a 89 anos:	85 a 89 anos:
90 a 94 anos:	90 a 94 anos:
95 e mais:	95 e mais:
Capacidade de atendimento:	Leitos Ocupados:



Recursos Humanos					
Profissionais de nível superior					
Profissionais	Serviço próprio				Serviço conveniado
	Número de profissionais				
	Contrat.	Voluntário	Cedido	Estagiário	
Médico					
Psicólogo					
Odontólogo					
Assistente Social					
Terap. Ocupacional					
Fonoaudiólogo					
Nutricionista					
Enfermeiro					
Fisioterapeuta					
Educador Físico					
Cuidador					
Outros					
Profissionais de nível médio ou técnico					
Profissionais	Número de profissionais				
	Contratado	Voluntário	Cedido	Estagiário	
Técnico em enfermagem					
Auxiliar de enfermagem					
Recreacionista					
Professor					
Outros					

SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 2501 – Bairro dos Estados CEP 58030-002

João Pessoa/PB – Fone: (83) 3133-4079

E-mail: goac@sedh.pb.gov.br



PLANO DE TRABALHO 2 / 3

4. METAS					
Meta nº	Especificação	Indicadores	Valor R\$	Prazo	
				Início	Término

5. ETAPAS/FASES					
Etapas	Especificação	Metodologia	Valor R\$	Prazo de Execução	
				Início	Término

6. PLANO DE APLICAÇÃO			
Natureza da Despesa		Valor Total	
Código	Especificação		
33.50.43	Subvenções Sociais		
33.50.39	Serviço de Pessoa Jurídica		
44.50.52	Material Permanente		

PLANO DE TRABALHO 3/3

(Art. 19 do Decreto nº 33.884/2013)

7. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO			
Mês/Ano	VALOR R\$	Mês/Ano	VALOR R\$

SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 2501 – Bairro dos Estados CEP 58030-002

João Pessoa/PB – Fone: (83) 3133-4079

E-mail: goac@sedh.pb.gov.br



8. DECLARAÇÃO DE ADIMPLÊNCIA

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto à SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO do ESTADO DA PARAÍBA, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem quaisquer débitos em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Estadual ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Estadual, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado, na forma deste Plano de Trabalho.

Pede Deferimento.

Identificação, Local e Data.

Proponente

9. APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovado.

João Pessoa, / / .

Concedente