**ANEXO III - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2024 - SEPA**

|  |
| --- |
| **1-DADOS GERAIS E IDENTIFICAÇÃO** |
| **Município:** |  |
| **1.1. INFORMAÇÕES DA OSC** |
| **Nome:** |  |
| **CNPJ:** |  |
| **Endereço:** |  |
| **Nº** |  | **CEP:** |  | **Bairro:** |  |
| **CEP:** |  |
| **Telefone Fixo:** |  | **Telefone Celular:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **1.2. RESPONSÁVEL LEGAL** |
| **Nome do Responsável:** |  |
| **Cargo/Função:** |  |
| **CPF:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Telefone Fixo:** |  | **Telefone Celular:** |  |
| **1.2. OUTRO CONTATO** |
| **Nome:** |  |
| **Cargo/Função:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Telefone Fixo:** |  | **Telefone Celular:** |  |
| **2. QUANTITATIVO DE ANIMAIS DE GRANDE PORTE (EQUINOS) ATENDIDOS** |
| **Animais De grande porte (Equinos)***(Especificar quantidade, sexo e porte)* |  |
| **TOTAL** *(somatório)* |  |
| **3. Recebe algum apoio público ou privado?** |
|  |
| **4. Breve histórico de apresentação e missão da OSC** |
|  |
| **5. Descrever a finalidade estatutária da OSC, conforme Estatuto Social** |
|  |
| **6. Quais as principais atividades/serviços prestados pela OSC? Por favor, especificar todas as atividades desenvolvidas.** |
|  |
| **Se outros, especificar:** |
| **7. Especificar a quantidade de insumos (ração, medicamentos, materiais de limpeza) por gastos por dia** |
| **Dia** | **Ração (em quilos)** | **Medicamentos (especificar)** | **Materiais de limpeza** | **Outros insumos** |  |
|  |  |  |  |  |
| **Observações:** |
| **8. Qual a situação do imóvel da OSC? *(Assinale com X)*** |
| **Próprio** |  | **Cedido** |  |
| **Alugado** |  | **Outro, qual?** |  |
| **Observações:** |
| **9. Quanto aos espaços físicos disponíveis, possui***:* ***(Assinale com X)*** |
| **Cozinha:** |  | **Dispensa:** |  |
| **Refeitório:** |  | **Banheiro (s):** |  |
| **Escritório:** |  | **Sala de convivência:** |  |
| **Auditório:** |  | **Quadra esportiva:** |  |
| **Baias:** |  | **Se outros, quais? Especificar no campo ao lado:** |  |
| **Observações:** |
| **10. Quais os equipamentos disponíveis? *(Assinale com X)*** |
| **Geladeira:** |  | **Freezer:** |  |
| **Fogão:** |  | **Micro-ondas:** |  |
| **Televisão:** |  | **Computador:** |  |
| **Mesa e cadeira de refeitório** |  | **Utensílios:** |  |
| **Acesso à internet** |  | **Se outros, quais? Especificar no campo ao lado** |  |
| **Observações:** |
| **11. QUANTO AOS PROFISSIONAIS E COLABORADORES QUE ATUAM NA OSC** |
| **11.1. Quantos funcionários? Quais ocupações/ funções?** |
|  |
| **11.2. A entidade possui em seu quadro de funcionários relacionado ao local de preparo das refeições:** |
| **Veterinários (e demais colaboradores correlatos)** |  | **Apoio administrativo** |  |
| **12. Descrever o objetivo a ser alcançado pela OSC o presente programa:** |
| **Resp.:** |
| **13. Quais os benefícios que o presente programa pode trazer para o público atendido pela OSC** |
| **Resp.:** |
| **14. A OSC possui veículo? *(Assinale com X)*** |
| **Próprio** |  | **Cedido** |  | **Alugado** |  | **Emprestado** |  |
| **Observações:** |

Local – UF, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024

Assinatura

**(Nome e Cargo)**