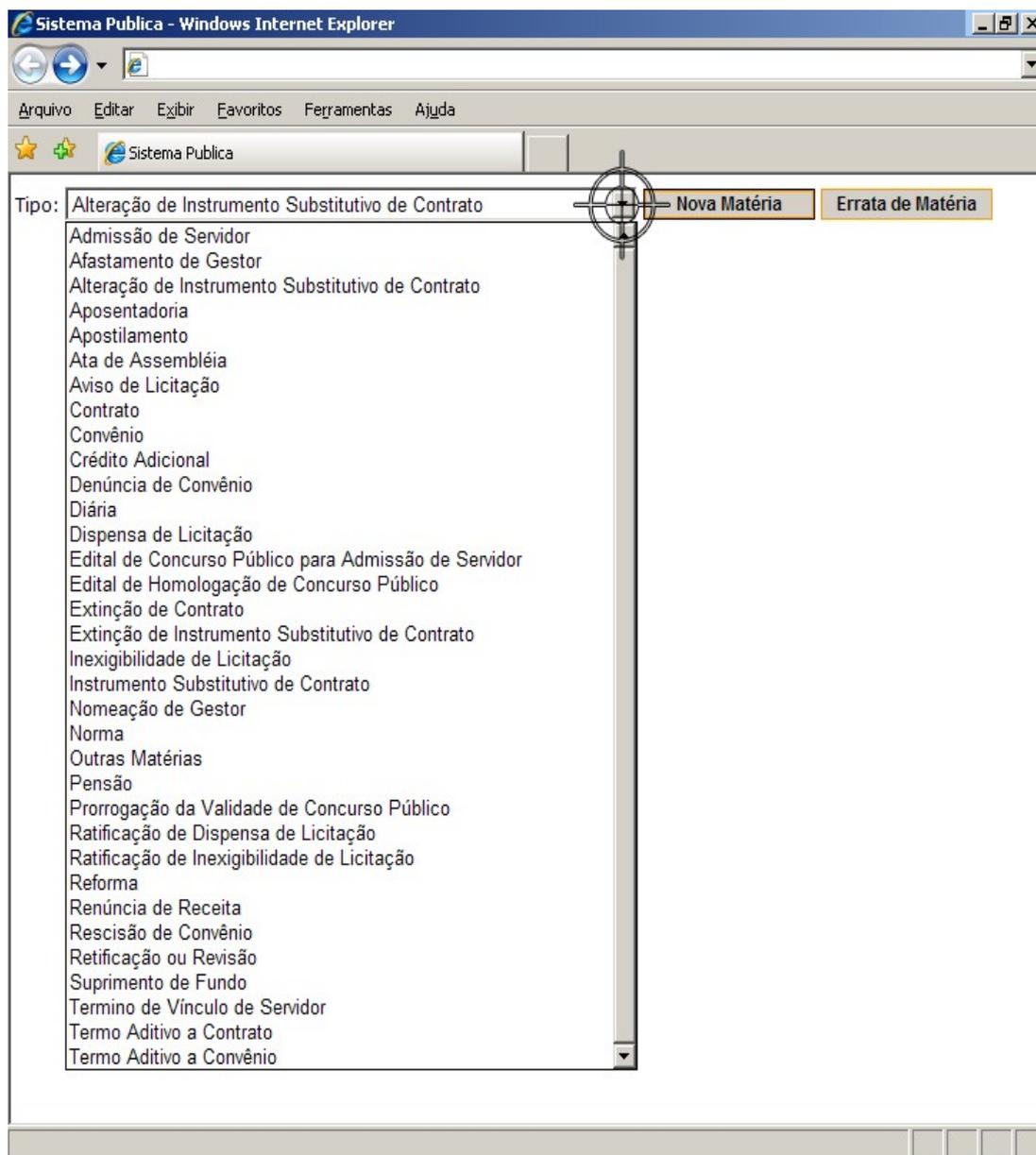


Tela Inicial ou Principal

Nesta tela, encontraremos todos os formulários disponíveis para o envio da(s) Matéria(s). Desta forma, o botão  selecionará a opção desejada. Note que, poderemos escolher ***Nova Matéria caso deseje incluir nova ou Errata de Matéria.***



ADMISSÃO DE SERVIDORES

ADMISSÃO DE SERVIDOR(ES)		
Tipo:	<input type="text" value="Comissionado"/>	Ato: <input type="text"/>
		Data: <input type="text"/>
Órgão:	<input type="text" value="ACAO SOCIAL INTEGRADA AO PALACIO DO GOVERNO"/>	
SERVIDOR(ES)		
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
Cargo:	<input type="text"/>	Observação: <input type="text"/>
ORDENADOR		
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
	<input type="button" value="Gravar"/>	Código de Publicação: 0

ADMISSÃO DE SERVIDOR(ES)

- 1. Tipo:** Forma de ingresso no serviço público (comissionado, concurso, estagiário ou temporário)
- 2. Ato:** Informar o número do Contrato, Portaria ou Decreto
- 3. Data:** Informar a data de ingresso do servidor no serviço público
- 4. Órgão:** Informar o Órgão para o qual o servidor está sendo contratado ou nomeado

SERVIDOR(ES)

- 1. CPF:** Informar o CPF do contratado ou nomeado
- 2. Nome:** Informar o nome do contratado ou nomeado
- 3. Cargo:** Informar o cargo ou função para o qual o servidor está sendo nomeado ou contratado

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

ALTERAÇÃO DE INSTRUMENTO SUBSTITUTIVO DE CONTRATO

ALTERAÇÃO DE INSTRUMENTO SUBSTITUTIVO DE CONTRATO		
Instrumento:	Autorização de Compra	Número: <input type="text"/>
Valor:	<input type="text"/>	Início Vigência: <input type="text"/>
		Assinatura: <input type="text"/>
		Término Vigência: <input type="text"/>
Justificativa:	<input type="text"/>	
INSTRUMENTO		
Número:	<input type="text"/>	
ORÇAMENTO		
Dotação Orçamentária:	Fonte de Recurso:	Origem do Recurso: Estadual
ALTERAÇÕES ANTERIORES		
Nº Alteração:	Data Assinatura:	Data Publicação DOE:
Valor:	<input type="text"/>	
<input type="button" value="Adicionar+"/>		
CONTRATADO		
Personalidade Jurídica: Física	CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
CEP: <input type="text"/>	Logradouro: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>
Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>
Complemento: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>
Fax: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>	
ORDENADOR		
CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>	
<input type="button" value="Gravar"/>		
		Código de Publicação: 0

ALTERAÇÃO DE INSTRUMENTO SUBSTITUTIVO DE CONTRATO

1. Justificativa: Neste campo, informar os motivos que ensejaram a alteração.

ORÇAMENTO

- 1. Dotação Orçamentária:** Informar a funcional programática e o elemento de despesa consignados no Orçamento Estadual
- 2. Fonte do Recurso:** Informar a fonte do recurso constante do Orçamento Estadual.
- 3. Origem do Recurso:** Informar a esfera de governo de onde o recurso se origina (Federal, Estadual)

ALTERAÇÕES ANTERIORES

1. Nº de Alteração, Data de Assinatura, Data de Publicação DOE e Valor: Neste campo informar a ocorrência de alterações ocorridas.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

CONTRATADO

1. Contratado: Fazer a qualificação completa da pessoa física ou jurídica contratada, com endereços, incluindo o eletrônico.

ORDENADOR

1. CPF/Nome: Informar o CPF e o nome do responsável legal.

APOSENTADORIA

APOSENTADORIA	
Ato:	<input type="text"/>
Data:	<input type="text"/>
Fundamento Legal:	<input type="text"/>
SERVIDOR	
CPF:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
Cargo:	<input type="text"/>
Matrícula Funcional:	<input type="text"/>
Órgão:	ACAO SOCIAL INTEGRADA AO PALACIO DO GOVERNO
PARCELAS	
Descrição:	<input type="text"/>
Valor:	<input type="text"/>
<input type="button" value="Adicionar+"/>	
ORDENADOR	
CPF:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
<input type="button" value="Gravar"/>	
Código de Publicação: 0	

APOSENTADORIA

1. **Ato:** Informar o número do Ato de aposentadoria
2. **Data:** Informar a data do Ato de aposentadoria
3. **Fundamento Legal:** Informar a fundamentação legal do ato que concedeu a aposentadoria

SERVIDOR

1. **CPF:** Informar o CPF do aposentando
2. **Nome:** Informar o nome do aposentando
3. **Cargo:** Informar o cargo ocupado pelo aposentando
4. **Matrícula Funcional:** Informar o n° de matrícula do aposentando
5. **Órgão:** Informar o órgão onde o aposentando era lotado

PARCELAS

1. **Descrição:** Discriminar as parcelas percebidas pelo aposentando
2. **Valor:** Informar o valor da remuneração mensal do aposentando

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

ORDENADOR

1. **CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

APOSTILAMENTO

APOSTILAMENTO					
Número:	<input type="text"/>	Data Assinatura:	<input type="text"/>	Valor:	<input type="text"/>
Justificativa:	<input type="text"/>				
CONTRATO					
Nº / Exercício:	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
APOSTILAMENTOS ANTERIORES					
Número:	<input type="text"/>	Data Assinatura:	<input type="text"/>	Data Publicação DOE:	<input type="text"/>
Valor:	<input type="text"/>				
<input type="button" value="Adicionar+"/>					
ORDENADOR					
CPF:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>		
<input type="button" value="Gravar"/>			Código de Publicação: 0		

APOSTILAMENTO

1. **Número:** Informar o número do Ato Legal
2. **Data da Assinatura:** Informar a data de assinatura do Ato Legal
3. **Justificativa:** Nesse campo, registrar o instrumento que substitui o termo aditivo, conforme previsto no § 8º da 8.666/93 .

CONTRATO

1. **Nº/ Exercício:** Informar o mesmo número do contrato.

APOSTILAMENTOS ANTERIORES

1. **Nº, Data da Assinatura, Data da Publicação DOE e Valor:** Estes campos deverão informar a ocorrência de alterações ocorridas.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

ORDENADOR

1. **CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

ATA DE ASSEMBLÉIA

ATA DE ASSEMBLÉIA		
Tipo:	<input type="text" value="Extraordinária"/>	Número / Exercício: <input type="text"/> <input type="text"/>
		Data: <input type="text"/>
Objeto:	<input type="text"/>	
TEXTO INTEGRAL		
<input type="text"/>		
PARTICIPANTES		
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
<input type="button" value="Adicionar+"/>	<input type="button" value="Importar+"/>	
REPRESENTANTE DO ACIONISTA MAJORITÁRIO		
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
<input type="button" value="Gravar"/>		Código de Publicação: 0

ATA DE ASSEMBLÉIA

- 1. Tipo:** Selecionar o tipo
- 2. Número/ Exercício:** Informar o número do ato legal.
- 3. Data:** Informar a data do Ato de Assembléia.
- 4. Objeto:** Informar sucintamente todos os assuntos e itens da pauta que serão objeto de deliberação.
- 5. Texto Integral:** Informar a descrição completa das deliberações.

PARTICIPANTES

- 1. CPF/Nome:** Informar os nomes dos membros do Conselho de Administração (Presidente e Diretores) e do Conselho Fiscal (Presidente e Membros), mesmo que na condição de suplentes.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

Importar: Informa que outros elementos de outras tabelas poderão ser transferidos para a tabela atual.

REPRESENTANTE DO ACIONISTA MAJORITÁRIO

- 1. Nome/CPF:** Informar o nome do Representante da entidade a qual o mesmo se acha vinculado e o cargo ocupado na mesma.

AVISO DE LICITAÇÃO

AVISO DE LICITAÇÃO		
Nº / Exercício:	<input type="text"/>	Modalidade: <input type="text" value="Compra Direta"/>
Objeto:	<input type="text"/>	
Valor Estimado:	<input type="text"/>	Local de Entrega do Edital: <input type="text"/>
ABERTURA		
Local:	<input type="text"/>	Data: <input type="text"/> Hora: <input type="text"/>
ORÇAMENTO		
Dotação:	<input type="text"/>	Fonte Recurso: <input type="text"/> Origem Recurso: <input type="text" value="Estadual"/>
ORDENADOR		
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
<input type="button" value="Gravar"/>		Código de Publicação: 0

AVISO DE LICITAÇÃO

- 1. Objeto:** Informar o critério de julgamento do certame.
- 2. Modalidade:** Neste campo, deve constar a descrição completa da licitação, como no caso de Concorrência, indicar se é nacional ou internacional, e no caso de Pregão, se é presencial ou eletrônico.
- 3. Local de Entrega do Edital:** Informar o endereço eletrônico onde consta o edital no caso de pregão eletrônico.

ABERTURA

- 1. Local/ Data/ Hora:** Informar o endereço completo onde se realizará a licitação, indicando inclusive o setor ou local da entidade, bem como a data e a hora onde se realizará a mesma.

ORÇAMENTO

- 1. Dotação Orçamentária:** Informar a funcional programática e o elemento de despesa consignados no Orçamento Estadual
- 2. Fonte do Recurso:** Informar a fonte do recurso constante do Orçamento Estadual.
- 3. Origem do Recurso:** Informar a esfera de governo de onde o recurso se origina (Federal, Estadual)

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

CONTRATO

CONTRATO		
Número / Exercício:	<input type="text"/>	Valor Total: <input type="text"/>
Objeto:	<input type="text"/>	
Data de Assinatura:	Início de Vigência:	Término de Vigência:
Foro:	Número do Empenho:	<input type="text" value="NE"/>
CONTRATO DE GESTÃO		
Decreto de Qualificação:	Data:	Data de Publicação:
LICITAÇÃO		
Nº / Exercício:	Modalidade:	<input type="text" value="Compra Direta"/>
ORÇAMENTO		
Dotação Orçamentária:	Fonte de Recurso:	Origem do Recurso: <input type="text" value="Estadual"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Estadual"/>
CONVÊNIO		
Nº / Exercício:	<input type="text"/>	
CONTRATADO		
Personalidade Jurídica:	CPF:	Nome:
<input type="text" value="Física"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEP:	Logradouro:	Bairro:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cidade:	UF:	Número:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complemento:	E-mail:	Telefone:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax:	Celular:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ORDENADOR		
CPF:	Nome:	Código de Publicação:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="button" value="Gravar"/>		

CONTRATO

- Número:** Informar o número do ato legal.
- Valor Total:** Informar o valor total do objeto contratado.
- Objeto:** Informar o objeto contratado.
- Data da assinatura:** Informar data posta no instrumento contratual.
- Início e término da vigência:** Preencher com as datas que ficarem estipuladas.

LICITAÇÃO

- N.º da Licitação:** É o número do procedimento administrativo interno.
- Modalidade:** Escolher a modalidade da licitação.

ORÇAMENTO

- Dotação Orçamentária:** Informar a funcional programática e o elemento de despesa consignados no Orçamento Estadual
- Fonte do Recurso:** Informar a fonte do recurso constante do Orçamento Estadual.
- Origem do Recurso:** Informar a esfera de governo de onde o recurso se origina (Federal, Estadual)

CONVÊNIO

- N.º. do Convênio:** Deverá ser preenchido com o número do convênio que financiou a execução do contrato.

CONTRATADO

1. Contratado: Fazer a qualificação completa da pessoa física ou jurídica contratada, com endereços, incluindo o eletrônico.

ORDENADOR

1. CPF/Nome: Informar o CPF e o nome do responsável legal.

CONVÊNIO

CONVÊNIO		
Nº / Exercício:	<input type="text"/>	Valor: <input type="text"/>
Objeto:	<input type="text"/>	
Justificativa:	<input type="text"/>	
Data de Assinatura:	Início Vigência:	Término Vigência:
Foro:	Data da Prestação de Contas:	
ORÇAMENTO		
Dotação Orçamentária:	Fonte de Recurso:	Origem do Recurso: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARTES		
Participação: <input type="text"/>	CNPJ: <input type="text"/>	Razão Social: <input type="text"/>
CEP: <input type="text"/>	Logradouro: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>
Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>
Complemento: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>
Fax: <input type="text"/>	Data de Criação: <input type="text"/>	
DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PARTE		
CEP: <input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
Cidade: <input type="text"/>	Logradouro: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>
Complemento: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>
Fax: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>
	Celular: <input type="text"/>	
<input type="button" value="Adicionar+"/>		
ORDENADOR		
CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>	
	<input type="button" value="Gravar"/>	Código de Publicação: 0

CONVÊNIO

- Nº/Exercício:** Informar o número do convênio e o exercício de sua celebração.
- Valor:** Informar o total dos recursos a serem repassados ao conveniente beneficiário.
- Objeto:** Informar o teor da cláusula que estabelece o objeto do convênio.
- Justificativa:** Informar a justificativa da celebração do convênio, constante do Plano de Trabalho.
- Data da Assinatura:** Informar o dia em que foi assinado o ajuste (convênio).
- Início Vigência:** Informar a data de início da vigência do Convênio.
- Término da Vigência:** Informar a data do final da vigência do Convênio.
- Foro:** Informar o local (cidade) em que foi firmado o ajuste.
- Data da Prestação de Contas:** Informar a data limite para remessa da prestação de contas ao TCE, pelo conveniente beneficiário, data esta que será obtida somando 60 (sessenta) dias à data do término da vigência do Convênio.

ORÇAMENTO

- Dotação Orçamentária:** Informar a funcional programática e o elemento de despesa consignados no Orçamento Estadual
- Fonte do Recurso:** Informar a fonte do recurso constante do Orçamento Estadual.
- Origem do Recurso:** Informar a esfera de governo de onde o recurso se origina (Federal, Estadual)

PARTES: Informar os nomes do concedente e do beneficiário, como também, se caso houver, do interveniente.

PARTICIPAÇÃO

- 1. Beneficiário:** É o órgão ou entidade que receberá os recursos.
- 2. Concedente:** É o órgão estadual que irá repassar os recursos.
- 3. Interveniente:** É o órgão ou entidade que também assinou o convênio, e que, em alguns casos, receberá os recursos.
- 4. Razão Social:** Informar o nome jurídico da Parte selecionada no campo PARTICIPAÇÃO, completo.
- 5. Data da Criação:** Informar a data em que foi criada a entidade não governamental que receberá os recursos estaduais.

OS DEMAIS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS COM AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PARTE: os campos inseridos nesta seção serão preenchidos com as informações solicitadas.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

MANUAL DE INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO CRÉDITOS ADICIONAIS

CRÉDITO ADICIONAL			
Tipo de Crédito:	<input type="text" value="Especial"/>	Valor Total:	<input type="text"/>
DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO			
Número:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>
		Tipo de Ato:	<input type="text" value="Lei Orçamentária"/>
DOCUMENTO DE ABERTURA			
Número:	<input type="text"/>	Data:	<input type="text"/>
		Tipo de Ato:	<input type="text" value="Decreto"/>
DETALHAMENTO DO CRÉDITO			
UG:	<input type="text"/>	Operação:	<input type="text" value="1 - Conter"/>
Programa de Trabalho:	<input type="text"/>	Fonte de Recurso:	<input type="text"/>
Origem de Recurso:	<input type="text" value="Estadual"/>	Valor:	<input type="text"/>
		Natureza da Despesa:	<input type="text"/>
		<input type="button" value="Adicionar+"/> <input type="button" value="Importar+"/>	
TEXTO INTEGRAL			
<div style="background-color: #e0ffe0; height: 100px; border: 1px solid #ccc;"></div>			
ORDENADOR			
CPF:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
		<input type="button" value="Gravar"/>	
			Código de Publicação: 0

CRÉDITOS ADICIONAIS

- 1. Tipo de crédito:** Registro das espécies de créditos adicionais, de acordo com o disposto no art.41 da Lei nº 4320/64.
- 2. Valor Total:** Registro do valor total do crédito aberto.

DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO

- 1. Número:** Inserir o número da autorização legislativa (Lei Orçamentária ou Lei Específica) para os créditos suplementares ou especiais , conforme dispõe o art. 42 da Lei nº 4.320/64 com exceção, dos créditos extraordinários que independem de prévia autorização legislativa.
- 2. Data:** Informar a data da autorização legislativa.
- 3. Tipo de Ato:** Inserir a lei orçamentária que autorizou os créditos suplementares ou lei específica para os créditos especiais.

DOCUMENTO DE ABERTURA

- 1. Número:** Informar o número do ato (Decreto do Poder Executivo, Resolução ou Portaria dos Poderes ou Órgãos independentes) que concretizou à abertura dos créditos adicionais.
- 2. Data:** Informar a data do Ato que efetivou a abertura do crédito adicional (Suplementar, especial ou extraordinário).
- 3. Tipo de Ato:** Selecionar o tipo de ato (Resolução, Decreto ou Portaria) que realizou a abertura do crédito adicional.

DETALHAMENTO DO CRÉDITO

- 1. UG Responsável:** Informar o código da Unidade Gestora favorecida com a abertura do crédito adicional.

2. Programa de Trabalho: Informar o Programa de Trabalho que se compõe do código da UG, função, subfunção, programa e projeto ou atividade.

3. Origem do Recurso: Informar a origem dos recursos disponíveis para dar cobertura ao crédito adicional. As origens podem ser: Superávit Financeiro, Excesso de Arrecadação, Anulação, Operações de Crédito, Recursos decorrentes de Veto parlamentar (§ 8º do art. 166 da CF/88) e Reserva de Contingência (desde que autorizada na LDO, conforme Portaria STN/SOF nº 3/2008). As quatro primeiras origens são definidas na Lei nº 4.320/64.

**** NO MESMO CRÉDITO ADICIONAL PODEM EXISTIR MAIS DE UMA ORIGEM DE RECURSOS.**

4. Operação: Deverá ser preenchido somente no caso da origem dos recursos for ANULAÇÃO, pois nos demais casos a operação será sempre ADICIONAR.

5. Fonte de Recursos: Informar o código da fonte de recursos, conforme listagem disponibilizada no SIAFEM..

6. Natureza da Despesa: Informar a natureza da despesa que indicará a categoria econômica, grupo, modalidade de aplicação e elemento.

7. Valor: Informar nesse campo o valor individualizado por programa e natureza de despesa, cuja somatória equivalerá ao valor total do crédito.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

Importar: Informa que outros elementos de outras tabelas poderão ser transferidos para a tabela atual.

ORDENADOR

1. CPF/Nome: Informar o CPF e o nome do responsável legal.

DENÚNCIA DE CONVÊNIO

DENÚNCIA DE CONVÊNIO		
Nº / Exercício:	<input type="text"/>	Termino Vigência: <input type="text"/>
Objeto:	<input type="text"/>	
Data da Denúncia:	<input type="text"/>	
Justificativa:	<input type="text"/>	
PARTES		
Participação: <input type="text"/>	CNPJ: <input type="text"/>	Razão Social: <input type="text"/>
CEP: <input type="text"/>	Logradouro: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>
Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>
Complemento: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>
Fax: <input type="text"/>	Data de Criação: <input type="text"/>	
DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PARTE		
CEP: <input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
Cidade: <input type="text"/>	Logradouro: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>
Complemento: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>
Fax: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>
	Celular: <input type="text"/>	
<input type="button" value="Adicionar+"/>		
ORDENADOR		
CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>	
<input type="button" value="Gravar"/>		Código de Publicação: 0

CONSTITUEM MOTIVOS PARA DENÚNCIA DO CONVÊNIO:

- O inadimplemento de qualquer das cláusulas pactuadas;
- Constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção de informação em qualquer documento apresentado;
- A verificação de qualquer circunstância que enseje a instauração de tomada de contas especial.

DENÚNCIA DO CONVÊNIO

- 1. Nº Convênio/Exercício:** Informar o número do convênio que está sendo denunciado e o exercício de sua celebração.
- 2. Término da Vigência:** Informar a data que seria o final da vigência do Convênio que está sendo denunciado.
- 3. Valor Repassado:** Informar o valor dos recursos que foram repassados até a data da denúncia.
- 4. Valor Denunciado:** Informar o valor dos recursos que deixaram de ser repassados em virtude da denúncia.
- 5. Objeto:** Informar o teor da cláusula que estabelece o objeto do convênio denunciado.
- 6. Data da Denúncia:** Informar a data em foi firmado o termo de denúncia do convênio.
- 7. Justificativa:** Informar a justificativa para denúncia do convênio.

PARTES: nos campos desta seção devem ser registrados os nomes do concedente e do beneficiário, como também, se caso houver, do interveniente.

PARTICIPAÇÃO

- 1. Beneficiário:** É o órgão ou entidade que recebeu, ou iria receber os recursos do convênio

rescindido.

2. Concedente: É o órgão estadual responsável pelo repasse dos recursos e que celebrou o convênio rescindido.

3. Interviente: É o órgão ou entidade que também assinou o convênio rescindido, e que, em alguns casos, recebeu os recursos.

4. Razão Social: neste campo deve ser registrado o nome jurídico da Parte selecionada no campo PARTICIPAÇÃO, completo.

5. Data da Criação: Neste campo deve ser registrada a data em que foi criada a entidade não governamental que recebeu ou iria receber os recursos estaduais estabelecidos no convênio denunciado.

OS DEMAIS CAMPOS DESTA SEÇÃO DEVEM SER PREENCHIDOS COM AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

ORDENADOR

1. CPF/Nome: Informar o CPF e o nome do responsável legal.

DIÁRIA

DIÁRIA		
Portaria:	Município/Estado de Origem:	Município/Estado de Destino:
Data de Início:	Data de Término:	Quantidade de Diárias:
Objetivo:		
Fundamento Legal:		
SERVIDOR		
CPF:	Nome:	Cargo:
Matrícula Funcional:		
ORDENADOR		
CPF:	Nome:	Código de Publicação: 0
<input type="button" value="Gravar"/>		

DIÁRIA

- 1. Portaria:** Informar o nº. da portaria concessória da(s) diária(s);
- 2. Município/Estado de Origem:** Informar a localidade de origem do servidor;
- 3. Município/Estado/País de Destino:** Informar a localidade a qual se destinou o servidor;
- 4. Data de Início:** Informar a data em que o servidor deslocou-se da localidade de origem para a localidade de destino;
- 5. Data de Término:** Informar a data em que o servidor retornou à localidade de origem;
- 6. Quantidade de Diárias:** Informar o nº. (quantitativo) de diárias concedidas;
- 7. Objetivo:** Informar o objetivo da viagem, de forma clara e precisa, de modo a deixar evidenciada a finalidade do deslocamento do servidor;
- 8. Fundamento Legal:** Informar o dispositivo legal que amparou a concessão da(s) diária(s).

SERVIDOR

- 1. CPF:** informar o nº. do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do servidor que recebeu diária(s);
- 2. Nome:** informar o nome completo, por extenso, do servidor;
- 3. Cargo:** informar a denominação do cargo ocupado pelo servidor;
- 4. Matrícula Funcional:** informar o nº. da matrícula funcional do servidor.

ORDENADOR

- 1. CPF:** informar o nº. do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do ordenador de despesa responsável pela concessão da(s) diária(s);
- 2. Nome:** informar o nome completo, por extenso, do ordenador de despesa responsável pela concessão da(s) diária(s).

DISPENSA DE LICITAÇÃO

DISPENSA DE LICITAÇÃO		
Nº / Exercício:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data:	<input type="text"/>	Valor: <input type="text"/>
Objeto:	<input type="text"/>	
Fundamento legal:	<input type="text"/>	
RATIFICAÇÃO		
Data:	<input type="text"/>	
ORÇAMENTO		
Dotação Orçamentária:	Fonte de Recurso: <input type="text"/>	Origem do Recurso: <input type="text" value="Estadual"/>
CONTRATADO(S)		
Personalidade Jurídica: <input type="text" value="Física"/>	CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
CEP: <input type="text"/>	Logradouro: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>
Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>
Complemento: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>
Fax: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>	
<input type="button" value="Adicionar+"/>		
ORDENADOR		
CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>	
<input type="button" value="Gravar"/>		Código de Publicação: 0

DISPENSA DE LICITAÇÃO

- 1. Nº/Exercício:** É o número do procedimento administrativo interno.
- 2. Objeto:** Informar o critério de julgamento do certame.
- 3. Fundamento Legal:** deve ser feita a indicação completa do dispositivo legal que fundamentou a Dispensa, com indicação da Lei, do artigo, parágrafo, inciso e alínea, se for o caso, indicando inclusive a combinação com outro dispositivo legal, se houver.

ORÇAMENTO

- 1. Dotação Orçamentária:** Informar a funcional programática e o elemento de despesa consignados no Orçamento Estadual
- 2. Fonte do Recurso:** Informar a fonte do recurso constante do Orçamento Estadual.
- 3. Origem do Recurso:** Informar a esfera de governo de onde o recurso se origina (Federal, Estadual)

CONTRATADOS

- 1. Telefone/ Fax/ Celular:** deve ser feita a indicação completa do número, com o respectivo código de área.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

EDITAL DE CONCURSO PARA ADMISSÃO DE SERVIDOR

EDITAL DE CONCURSO PARA ADMISSÃO DE SERVIDOR	
Nº / Exercício:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Existe cadastro reserva? Data de Validade: <input type="text"/>
Órgão:	ACAO SOCIAL INTEGRADA AO PALACIO DO GOVERNO
Edital Integral:	<div style="background-color: #e0ffe0; height: 100px; border: 1px solid #ccc;"></div>
CARGOS	
Cargo:	<input type="text"/> Nº de Vagas: <input type="text"/>
<input type="button" value="Adicionar+"/> <input type="button" value="Importar+"/>	
ORDENADOR	
CPF:	<input type="text"/> Nome: <input type="text"/>
<input type="button" value="Gravar"/>	
Código de Publicação: 0	

EDITAL DE CONCURSO PARA ADMISSÃO DE SERVIDOR

- 1. Nº/Exercício:** Informar o número do edital/ano do edital
- 2. Existe Cadastro de Reserva ?:** Selecionar se existir cadastro de reserva
- 3. Data de Validade:** Informar a data de validade do concurso público
- 4. Edital Integral:** Transcrever o edital na íntegra

CARGOS

- 1. Cargos:** Informar para que cargos está sendo realizado concurso público
- 2. Nº de Vagas:** Informar o número de vagas ofertadas para cada cargo

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

Importar: Informa que outros elementos de outras tabelas poderão ser transferidos para a tabela atual.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

EDITAL DE HOMOLOGAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO

EDITAL DE HOMOLOGAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO			
Nº / Exercício:	<input type="text"/>	Data da Homologação:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		Nº do Concurso / Exercício: <input type="text"/>
Órgão:	ACAO SOCIAL INTEGRADA AO PALACIO DO GOVERNO		
Edital Integral:	<div style="background-color: #e0ffe0; height: 100px; border: 1px solid #ccc;"></div>		
CLASSIFICADO(S)			
Cargo:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
		Nome:	<input type="text"/>
Classificação:	<input type="text"/>	Observação:	<input type="text"/>
<input type="button" value="Adicionar+"/> <input type="button" value="Importar+"/>			
ORDENADOR			
CPF:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
<input type="button" value="Gravar"/>		Código de Publicação: 0	

EDITAL DE HOMOLOGAÇÃO DE CONCURSO PÚBLICO

- 1. Nº/Exercício:** Informar o nº do edital/ ano
- 2. Data da Homologação:** Informar a data da homologação do concurso
- 3. Nº do Concurso/Exercício:** Informar o número do concurso público/ano
- 4. Órgão:** Informar o órgão para o qual foi realizado concurso público
- 5. Edital Integral:** Transcrever edital na integra

CLASSIFICADO(S)

- 1. Cargo:** Informar o cargo a ser ocupado pelo candidato classificado no concurso público
- 2. CPF:** Informar o CPF do candidato classificado no concurso público
- 3. Nome:** Informar o nome do candidato classificado no concurso público
- 4. Classificação:** Informar o nº de ordem de classificação do candidato classificado no concurso público
- 5. Observações:** Preencher o campo caso haja outras informações

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

Importar: Informa que outros elementos de outras tabelas poderão ser transferidos para a tabela atual.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

EXTINÇÃO DE CONTRATO

EXTINÇÃO DE CONTRATO		
Forma de Extinção:	<input type="text" value="Anulação"/>	Nº do Contrato / Exercício: <input type="text"/>
Data de Extinção:	<input type="text"/>	Termino Vigência: <input type="text"/> Valor: <input type="text"/>
Objeto:	<input type="text"/>	
Justificativa:	<input type="text"/>	
CONTRATADO		
Personalidade Jurídica:	<input type="text" value="Física"/>	CPF: <input type="text"/> Nome: <input type="text"/>
CEP:	<input type="text"/>	Logradouro: <input type="text"/> Bairro: <input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>	UF: <input type="text"/> Número: <input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/> Telefone: <input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>
ORDENADOR		
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
<input type="button" value="Gravar"/>		Código de Publicação: 0

EXTINÇÃO DE CONTRATO

- 1. Data da Extinção:** Neste campo deverá ser preenchida a data da publicação do ato.
- 2. Término da Vigência:** Neste campo, deverá ser preenchido com a data limite da vigência.
- 3. Objeto:** Neste campo, deverá descrito o objeto contratado.
- 4. Justificativa:** Neste campo, informar os motivos que ensejaram a extinção do instrumento.

CONTRATADO

- 1. Contratado:** Fazer a qualificação completa da pessoa física ou jurídica contratada, com endereços, incluindo o eletrônico.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

EXTINÇÃO DE INSTRUMENTO SUBSTITUTIVO DE CONTRATO

EXTINÇÃO DE INSTRUMENTO SUBSTITUTIVO DE CONTRATO		
Forma de Extinção:	Anulação	Instrumento: Autorização de Compra
Data de Extinção:		Número:
Termino Vigência:		Valor:
Objeto:		
Justificativa:		
CONTRATADO		
Personalidade Jurídica:	Física	CPF:
CEP:		Nome:
Cidade:		Logradouro:
Complemento:		Bairro:
Fax:		UF:
		Número:
		E-mail:
		Telefone:
		Celular:
ORDENADOR		
CPF:		Nome:
		Código de Publicação: 0
		<input type="button" value="Gravar"/>

EXTINÇÃO DE INSTRUMENTO SUBSTITUTIVO DE CONTRATO

- 1. Data da Extinção:** Neste campo deverá ser preenchida a data da publicação do ato.
- 2. Término da Vigência:** Neste campo, deverá ser preenchido com a data limite da vigência.
- 3. Objeto:** Neste campo, deverá descrito o objeto contratado.
- 4. Justificativa:** Neste campo, informar os motivos que ensejaram a extinção do instrumento.

CONTRATADO

- 1. Contratado:** Fazer a qualificação completa da pessoa física ou jurídica contratada, com endereços, incluindo o eletrônico.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO		
Nº / Exercício:	<input type="text"/>	Data: <input type="text"/>
Objeto:	<input type="text"/>	
Fundamento legal:	<input type="text"/>	
RATIFICAÇÃO		
Data:	<input type="text"/>	
ORÇAMENTO		
Dotação Orçamentária:	Fonte de Recurso: <input type="text"/>	Origem do Recurso: <input type="text" value="Estadual"/>
CONTRATADO(S)		
Personalidade Jurídica: <input type="text" value="Física"/>	CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
CEP: <input type="text"/>	Logradouro: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>
Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>
Complemento: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>
Fax: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>	
<input type="button" value="Adicionar+"/>		
ORDENADOR		
CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>	
<input type="button" value="Gravar"/>		Código de Publicação: <input type="text" value="0"/>

INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

- 1. Nº/Exercício:** É o número do procedimento administrativo interno.
- 2. Objeto:** Informar o critério de julgamento do certame.
- 3. Fundamento Legal:** deve ser feita a indicação completa do dispositivo legal que fundamentou a inexigibilidade, com indicação da Lei, do artigo, parágrafo, inciso e alínea, se for o caso, indicando inclusive a combinação com outro dispositivo legal, se houver.

CONTRATADOS

- 1. Telefone/ Fax/ Celular:** deve ser feita a indicação completa do número, com o respectivo código de área.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

INSTRUMENTO SUBSTITUTIVO DE CONTRATO

INSTRUMENTO SUBSTITUTIVO DE CONTRATO					
Instrumento:	Autorização de Compra	Número: <input type="text"/>	Valor: <input type="text"/>		
Assinatura:	<input type="text"/>	Início Vigência: <input type="text"/>	Término Vigência: <input type="text"/>		
Objeto:	<input type="text"/>				
LICITAÇÃO					
Nº/ Exercício:	<input type="text"/>	Modalidade:	Compra Direta		
ORÇAMENTO					
Dotação Orçamentária:	<input type="text"/>	Fonte de Recurso:	<input type="text"/>	Origem do Recurso:	Estadual
CONTRATADO					
Personalidade Jurídica:	Física	CPF:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
CEP:	<input type="text"/>	Logradouro:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>	Número:	<input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>	Telefone:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>		
ORDENADOR					
CPF:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>		
					Código de Publicação: 0

INSTRUMENTO SUBSTITUTIVO DE CONTRATO

- 1. Instrumento:** Informar o nome do instrumento que será publicado, conforme rol apresentado.
- 2. Número:** Informar o número adotado pelo órgão ou entidade.
- 3. Valor:** Informar a importância atribuída ao ato.
- 4. Assinatura:** Das partes envolvidas no ato.
- 5. Início e Término da Vigência:** Informar as datas respectivas para o começo e fim do ato administrativo.
- 6. Objeto:** Descrição da finalidade que o ato se propõe.

LICITAÇÃO

- 1. N.º da Licitação:** É o número do procedimento administrativo interno que deu origem à contratação.

ORÇAMENTO

- 1. Dotação Orçamentária:** Informar a funcional programática e o elemento de despesa consignados no Orçamento Estadual
- 2. Fonte do Recurso:** Informar a fonte do recurso constante do Orçamento Estadual.
- 3. Origem do Recurso:** Informar a esfera de governo de onde o recurso se origina (Federal, Estadual)

CONTRATADO: Fazer a qualificação completa da pessoa física ou jurídica contratada, com endereços, incluindo o eletrônico, conforme descrito no art. 61 da lei 8.666/93.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

NOMEAÇÃO DE GESTOR

NOMEAÇÃO DE GESTOR			
Órgão:	ACAO SOCIAL INTEGRADA AO PALACIO DO GOVERNO	Data:	
CPF:		Nome:	
CEP:		Logradouro:	
Cidade:		UF:	
Complemento:		E-mail:	
Fax:		Celular:	
Cargo/Função:			
Bairro:			
Número:			
Telefone:			
TEXTO INTEGRAL			
<div style="background-color: #e0ffe0; height: 100px;"></div>			
ORDENADOR			
CPF:		Nome:	
<input type="button" value="Gravar"/>		Código de Publicação: 0	

NOMEAÇÃO DO GESTOR

- 1. Órgão:** Neste campo, informar o nome do órgão ou entidade.
- 2. Data:** Data da publicação no DOE.
- 3. CPF, Nome e Cargo ou Função:** Identificação completa do ordenador, com o seu respectivo endereço, inclusive eletrônico.

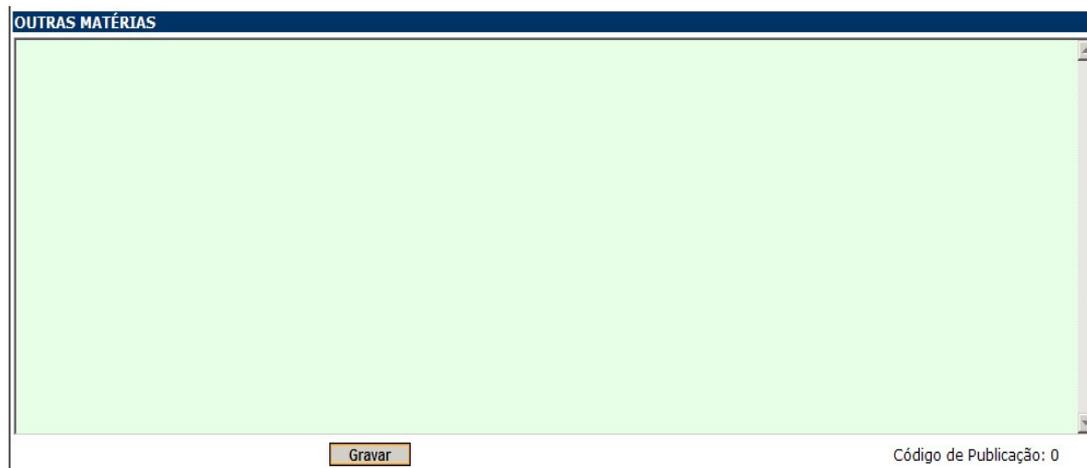
TEXTO INTEGRAL

- 1. Texto Integral:** Neste campo, preencher com o conteúdo do instrumento jurídico de nomeação.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

OUTRAS MATÉRIAS



The image shows a screenshot of a web-based form titled "OUTRAS MATÉRIAS". The form consists of a large, empty light green rectangular area for text input. Below this area, there is a small button labeled "Gravar" (Save) and a text field containing "Código de Publicação: 0". The form is enclosed in a dark blue header bar with the title "OUTRAS MATÉRIAS" and a vertical scrollbar on the right side.

OUTRAS MATÉRIAS: Registrar quaisquer outras informações não contempladas nos formulários constantes deste Manual

PENSÃO

PENSÃO		
Tipo Pensão:	Especial	Ato: <input type="text"/> Data: <input type="text"/>
Fundamento Legal:	<input type="text"/>	
EX-SEGURADO		
Órgão:	ACAO SOCIAL INTEGRADA AO PALACIO DO GOVERNO	Óbito: <input type="text"/>
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/> Cargo: <input type="text"/>
Matrícula Funcional:	<input type="text"/> Valor: 0,00	<input type="checkbox"/> Acumulação?
BENEFICIÁRIO(S)		
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/> Percentual da Pensão: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Recebe Outro Benefício?		
<input data-bbox="295 660 383 683" type="button" value="Adicionar+"/>		
ORDENADOR		
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
<input data-bbox="638 750 710 772" type="button" value="Gravar"/>		
Código de Publicação: 0		

PENSÃO

1. **Tipo de Pensão:** Informar o tipo de pensão (especial ou previdenciária)
2. **Ato:** Informar o n° da Portaria ou do Decreto que concedeu o benefício
3. **Data:** Informar a data do Ato que concedeu o benefício
4. **Fundamento Legal:** Informar a fundamentação legal do Ato que concedeu o benefício

EX-SEGURADO

1. **Órgão:** Informar o órgão onde o ex-segurado era lotado
2. **Óbito:** Informar a data do falecimento do ex-segurado
3. **CPF:** Informar o CPF do ex-segurado
4. **Nome:** Informar o nome do ex-segurado
5. **Cargo:** Informar o cargo ocupado pelo ex-segurado
6. **Matrícula Funcional:** Informar o n° de matrícula do ex-segurado
7. **Valor:** Informar o valor mensal do benefício
8. **Acumulação?:**(selecionar se houver acumulação)

BENEFICIÁRIO(S)

1. **CPF:** CPF do beneficiário
2. **Nome:** nome do beneficiário
3. **Percentual da Pensão:** percentual da pensão percebida pelo beneficiário

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

ORDENADOR

1. **CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

PRORROGAÇÃO DE VALIDADE DE CONCURSO PÚBLICO

PRORROGAÇÃO DE VALIDADE DE CONCURSO PÚBLICO					
Número:	<input type="text"/>	Nº do Concurso / Exercício:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Valido até:	<input type="text"/>
Órgão:	<input type="text" value="ACAO SOCIAL INTEGRADA AO PALACIO DO GOVERNO"/>				
Fundamento Legal:	<input type="text"/>				
ORDENADOR					
CPF:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>		
		<input type="button" value="Gravar"/>			Código de Publicação: 0

PRORROGAÇÃO DE VALIDADE DE CONCURSO PÚBLICO

- 1. N° da Prorrogação:** Informar o número do Ato administrativo de prorrogação do concurso público
- 2. N° do Concurso/Exercício:** Informar o número do concurso público/ano
- 3. Órgão:** Informar o órgão para o qual foi realizado concurso público
- 4. Fundamento Legal:** Informar a fundamentação legal da prorrogação do concurso público

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

RATIFICAÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO

RATIFICAÇÃO DA DISPENSA DE LICITAÇÃO		
Ato: <input type="text"/>	Nº da Dispensa / Exercício: <input type="text"/> <input type="text"/>	Data: <input type="text"/>
ORDENADOR		
CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>	
	<input type="button" value="Gravar"/>	Código de Publicação: 0

RATIFICAÇÃO DE DISPENSA DE LICITAÇÃO

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

RATIFICAÇÃO DA INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO		
Ato: <input type="text"/>	Nº da Inexigibilidade / Exercício: <input type="text"/> <input type="text"/>	Data: <input type="text"/>
ORDENADOR		
CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>	
	<input type="button" value="Gravar"/>	Código de Publicação: 0

RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO

ORDENADOR

1. CPF/Nome: Informar o CPF e o nome do responsável legal.

REFORMA

REFORMA	
Ato:	<input type="text"/>
Data:	<input type="text"/>
Fundamento Legal:	<input type="text"/>
SERVIDOR	
Órgão:	<input type="text" value="ACAO SOCIAL INTEGRADA AO PALACIO DO GOVERNO"/>
CPF:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
Posto ou Graduação:	<input type="text"/>
Matrícula Funcional:	<input type="text"/>
Valor dos Proventos:	<input type="text" value="0,00"/>
	<input type="checkbox"/> Acumulação?
ORDENADOR	
CPF:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
	<input type="button" value="Gravar"/>
	Código de Publicação: <input type="text" value="0"/>

REFORMA

- 1. Ato:** Informar o número do Ato que concedeu a reforma
- 2. Data:** Informar a data do Ato que concedeu a reforma
- 3. Fundamento Legal:** Informar a fundamentação legal que concedeu a reforma

SERVIDOR

- 1. Órgão:** Informar o órgão onde o reformando era lotado
- 2. CPF:** Informar o CPF do reformando
- 3. Nome:** Informar o nome do reformando
- 4. Posto ou Graduação:** Informar o posto ou graduação do reformando
- 5. Matrícula Funcional:** Informar o nº de matrícula do reformando
- 6. Valor dos Proventos:** Informar o valor do provento mensal do reformando
- 7. Acumulação:** Selecionar se houver acumulação

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

RENÚNCIA DE RECEITA

RENÚNCIA DE RECEITA		
Tipo do Ato Legal: <input type="text" value="Decreto"/>	Número: <input type="text"/>	Data de Assinatura: <input type="text"/>
Tipo de Imposto: <input type="text" value="ICMS - Convênio CONFAZ"/>	Modalidade: <input type="text" value="Anistia"/>	
Observação: <input type="text"/>		
BENEFICIÁRIO		
Personalidade Jurídica: <input type="text" value="Física"/>	CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
CEP: <input type="text"/>	Logradouro: <input type="text"/>	Bairro: <input type="text"/>
Cidade: <input type="text"/>	UF: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>
Complemento: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>	Telefone: <input type="text"/>
Fax: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>	
ORDENADOR		
CPF: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>	
<input type="button" value="Enviar Matéria"/>		Código de Publicação: <input type="text"/>

RENÚNCIA DE RECEITA

- 1. Tipo de Ato Legal:** Informar o tipo de ato normativo da renúncia de receita, se será através de Lei, Decreto ou Portaria.
- 2. Número:** Registrar o número do ato legal.
- 3. Data da Assinatura:** Informar a data de assinatura do ato legal.
- 4. Tipo de Imposto:** Informar o do imposto que sofrerá renúncia de receita.
- 5. Modalidade:** Informar a modalidade de renúncia de receita do respectivo imposto.
- 6. Observação:** Registrar informações complementares não contempladas nos campos anteriores.

BENEFICIÁRIO

- 1. Personalidade Jurídica:** Informar se o beneficiário é Pessoa Física ou Jurídica.
- 2. CPF/CNPJ:** Informar o nome do beneficiário (pessoa física) ou Razão Social (pessoa jurídica).
- 3. Nome/Razão Social:** Informar o nome do beneficiário (pessoa física) ou Razão Social (pessoa jurídica).
- 4. Informações de Endereço:** Informar o endereço constante do contrato social (pessoa jurídica) e comprovante de endereço (pessoa física) cadastrado no órgão concessor.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e Nome do Ordenador de despesa do Órgão/Entidade.

RESCISÃO DE CONVÊNIO

RESCISÃO DE CONVÊNIO					
Nº / Exercício:	<input type="text"/>	Termino Vigência:	<input type="text"/>	Valor:	<input type="text"/>
Objeto:	<input type="text"/>				
Data da Denúncia:	<input type="text"/>				
Justificativa:	<input type="text"/>				
PARTES					
Participação:	<input type="text" value="Beneficiário"/>	CNPJ:	<input type="text"/>	Razão Social:	<input type="text"/>
CEP:	<input type="text"/>	Logradouro:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>	Número:	<input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>	Telefone:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	Data de Criação:	<input type="text"/>		
DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PARTE					
CEP:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>	Logradouro:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>	Número:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>	Telefone:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>		
<input type="button" value="Adicionar+"/>					
ORDENADOR					
CPF:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>		
<input type="button" value="Gravar"/>			Código de Publicação: 0		

CONSTITUEM MOTIVOS PARA RESCISÃO DO CONVÊNIO:

- O inadimplemento de qualquer das cláusulas pactuadas;
- Constatação, a qualquer tempo, de falsidade ou incorreção de informação em qualquer documento apresentado;
- A verificação de qualquer circunstância que enseje a instauração de tomada de contas especial.

RESCISÃO DO CONVÊNIO

- 1. Nº Convênio/Exercício:** Informar o número do convênio que está sendo rescindido e o exercício de sua celebração.
- 2. Término da Vigência:** Informar a data que seria o final da vigência do Convênio que está sendo rescindido.
- 3. Valor Repassado:** Informar o valor dos recursos que foram repassados até a data da rescisão.
- 4. Valor Rescindido:** Informar o valor dos recursos que deixaram de ser repassados em virtude da rescisão.
- 5. Objeto:** Informar o teor da cláusula que estabelece o objeto do convênio rescindido.
- 6. Data da Rescisão:** Informar a data em foi firmado o termo rescindindo o convênio.
- 7. Justificativa:** Informar a justificativa para rescisão do convênio.

PARTES: Informar os nomes do concedente e do beneficiário, como também, se caso houver, do interveniente.

PARTICIPAÇÃO

- 1. Beneficiário:** É o órgão ou entidade que receberá os recursos.
- 2. Concedente:** É o órgão estadual que irá repassar os recursos.

3. Interveniente: É o órgão ou entidade que também assinou o convênio, e que, em alguns casos, receberá os recursos.

4. Razão Social: Informar o nome jurídico da Parte selecionada no campo PARTICIPAÇÃO, completo.

5. Data da Criação: Informar a data em que foi criada a entidade não governamental que recebeu ou iria receber os recursos estaduais estabelecidos no convênio rescindido.

OS DEMAIS CAMPOS DESTA SEÇÃO DEVEM SER PREENCHIDOS COM AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PARTE: os campos inseridos nesta seção serão preenchidos com as informações solicitadas.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

ORDENADOR

1. CPF/Nome: Informar o CPF e o nome do responsável legal.

RETIFICAÇÃO OU REVISÃO

RETIFICAÇÃO OU REVISÃO		
Operação:	Retificar	Tipo de Ato: Aposentadoria
Ato:		Data da Operação:
Fundamento Legal:		
ATO CONCESSÓRIO ANTERIOR		
Ato:	Data:	Acórdão TCE:
SERVIDOR		
Órgão:	ACAO SOCIAL INTEGRADA AO PALACIO DO GOVERNO	<input type="checkbox"/> Acumulação?
CPF:	Nome:	Cargo:
Matrícula Funcional:	Valor Total:	0,00
PARCELAS		
Descrição:	Valor:	
<input type="button" value="Adicionar"/>		
ORDENADOR		
CPF:	Nome:	
<input type="button" value="Gravar"/>		
Código de Publicação: 0		

RETIFICAÇÃO OU REVISÃO

- 1. Operação:** Informar se a operação é retificação ou revisão.
- 2. Tipo de Ato:** Informar se o Ato é de aposentadoria, pensão ou reforma.
- 3. Ato:** Informar o número do Ato de retificação ou revisão.
- 4. Data da Operação:** Informar a data do Ato de Retificação ou revisão.
- 5. Fundamento Legal:** Informar a fundamentação legal do Ato de retificação ou revisão.

ATO CONCESSÓRIO ANTERIOR

- 1. Ato:** Informar o número do Ato concessório.
- 2. Data:** Informar a data do Ato concessório.
- 3. Acórdão TCE:** Informar o número do Acórdão do TCE.

SERVIDOR

- 1. Órgão:** Informar o órgão onde o servidor possuía vínculo
- 2. Acumulação:** Selecionar caso afirmativo.
- 3. CPF:** Informar o CPF do servidor.
- 4. Nome:** Informar o nome do servidor.
- 5. Cargo:** Informar o cargo ocupado pelo servidor.
- 6. Matrícula Funcional:** Informar o número da matrícula do servidor.
- 7. Valor Total:** Informar o valor do benefício.

PARCELAS

- 1. Descrição:** Descrição das parcelas a que o servidor faz jus.
- 2. Valor:** Informar o valor total do benefício.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

SUPRIMENTO DE FUNDOS

SUPRIMENTO DE FUNDOS		
Portaria:	<input type="text"/>	Período de Aplicação: <input type="text"/> <input type="text"/>
		Prazo para Prestação de Contas: <input type="text"/>
SERVIDOR		
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
Matrícula Funcional:	<input type="text"/>	Cargo: <input type="text"/>
RECURSO(S)		
Fonte de Recurso:	<input type="text"/>	Natureza da Despesa: <input type="text"/>
		Valor: <input type="text"/>
<input type="button" value="Adicionar+"/>		
ORDENADOR		
CPF:	<input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
	<input type="button" value="Gravar"/>	Código de Publicação: 0

SUPRIMENTO DE FUNDOS

- 1. Portaria:** Informar o nº. da portaria concessória do suprimento;
- 2. Período de Aplicação:** Informar o período (dia, mês e ano) autorizado para que o suprido aplicasse o adiantamento que lhe foi concedido;
- 3. Prazo para Prestação de Contas:** Informar o prazo (em dias) concedido para que o suprido prestasse contas da aplicação dos recursos.

SERVIDOR

- 1. CPF:** Informar o nº. do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do servidor suprido;
- 2. Nome:** Informar o nome completo, por extenso, do servidor suprido;
- 3. Cargo:** Informar o cargo ocupado pelo servidor suprido;
- 4. Matrícula Funcional:** Informar o nº. da matrícula funcional do servidor suprido.

RECURSOS

- 1. Fonte de Recurso:** Informar em algarismos a fonte de recursos, conforme SIAFEM;
- 2. Natureza da Despesa:** Informar em algarismos a natureza em que a despesa foi utilizada, conforme SIAFEM;
- 3. Valor:** Informar o valor correspondente ao suprimento de fundos concedido.

Adicionar (+): quando houver mais de uma fonte de recursos e/ou natureza de despesa.

ORDENADOR

- 1. CPF:** informar o nº. do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do ordenador de despesa responsável pela concessão do suprimento de fundos;
- 2. Nome:** informar o nome completo, por extenso, do ordenador de despesa responsável pela concessão do suprimento de fundos.

TÉRMINO DO VÍNCULO DO SERVIDOR

TÉRMINO DE VÍNCULO DE SERVIDOR	
Ato:	<input type="text"/>
Término do Vínculo:	<input type="text"/>
Motivo:	<input type="text"/>
EX-SERVIDOR	
Órgão:	<input type="text" value="ACAO SOCIAL INTEGRADA AO PALACIO DO GOVERNO"/>
CPF:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
Cargo:	<input type="text"/>
Forma de Admissão:	<input type="text" value="Comissionado"/>
Data de Admissão:	<input type="text"/>
Observação:	<input type="text"/>
ORDENADOR	
CPF:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
<input type="button" value="Gravar"/>	
Código de Publicação: 0	

TÉRMINO DO VÍNCULO DO SERVIDOR

- 1. Ato:** informar o número do Ato.
- 2. Término do Vínculo:** informar a data do término do vínculo do ex-servidor com o serviço público.
- 3. Motivo:** informar o motivo do término do vínculo do ex-servidor como serviço público.

EX-SERVIDOR

- 1. Órgão:** Informar o órgão onde o ex-servidor possuía vínculo.
- 2. CPF:** Informar o CPF do ex-servidor.
- 3. Nome:** Informar o nome do ex-servidor.
- 4. Cargo:** Informar o cargo ou função ocupado pelo ex-servidor.
- 5. Forma de Admissão:** Informar a forma de ingresso do ex-servidor no serviço público (comissionado, concurso, estagiário ou temporário).
- 6. Data de Admissão:** Informar a data em que o ex-servidor foi admitido no serviço público.

ORDENADOR

- 1. CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

TERMO ADITIVO A CONTRATO

TERMO ADITIVO AO CONTRATO		
Nº do Termo:	Data Assinatura:	Valor Termo:
Início Vigência:	Término Vigência:	
Justificativa:		
CONTRATO / CONTRATO DE GESTÃO		
Nº / Exercício:		
ORÇAMENTO		
Dotação Orçamentária:	Fonte de Recurso:	Origem do Recurso:
		Estadual
		Estadual
TERMOS ADITIVOS ANTERIORES		
Nº Termo Aditivo:	Data Assinatura:	Data Publicação DOE:
Valor:		
<input type="button" value="Adicionar+"/>		
CONTRATADO		
Personalidade Jurídica:	CPF:	Nome:
Física		
CEP:	Logradouro:	Bairro:
Cidade:	UF:	Número:
Complemento:	E-mail:	Telefone:
Fax:	Celular:	
ORDENADOR		
CPF:	Nome:	
<input type="button" value="Gravar"/>		Código de o Publicação:

TERMO ADITIVO A CONTRATO

- Número do Termo:** Deverá ser preenchido com o número do instrumento.
- Valor do Termo:** Valor atribuído, quando houver, a este instrumento.
- Início e Término da Vigência:** Deverá ser preenchido com a data limite da vigência.
- Justificativa:** Informar os motivos que ensejaram a extinção do instrumento.

ORÇAMENTO

- Dotação Orçamentária:** Informar a funcional programática e o elemento de despesa consignados no Orçamento Estadual
- Fonte do Recurso:** Informar a fonte do recurso constante do Orçamento Estadual.
- Origem do Recurso:** Informar a esfera de governo de onde o recurso se origina (Federal, Estadual)

TERMOS ADITIVOS ANTERIORES

- Nº Termo Aditivo, Data da Assinatura, Data da Publicação DOE e Valor:** Estes campos deverão informar a ocorrência de alterações ocorridas.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

CONTRATADO

- Contratado:** Fazer a qualificação completa da pessoa física ou jurídica contratada, com endereços, incluindo o eletrônico.

ORDENADOR

- CPF/Nome:** Informar o CPF e o nome do responsável legal.

TERMO ADITIVO A CONVÊNIO

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO		
Nº do Termo:	Data Assinatura:	Valor Termo:
Início Vigência:	Término Vigência:	
Justificativa:		
CONVÊNIO		
Nº / Exercício:		
ORÇAMENTO		
Dotação Orçamentária:	Fonte de Recurso:	Origem do Recurso:
		Estadual
		Estadual
		Estadual
TERMOS ADITIVOS ANTERIORES		
Nº Termo Aditivo:	Data Assinatura:	Data Publicação DOE:
Valor:		
<input type="button" value="Adicionar+"/>		
PARTES		
Participação: Beneficiário	CNPJ:	Razão Social:
CEP:	Logradouro:	Bairro:
Cidade:	UF:	Número:
Complemento:	E-mail:	Telefone:
Fax:	Data de Criação:	
DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PARTE		
	CPF:	Nome:
CEP:	Logradouro:	Bairro:
Cidade:	UF:	Número:
Complemento:	E-mail:	Telefone:
Fax:	Celular:	
<input type="button" value="Adicionar+"/>		
ORDENADOR		
CPF:	Nome:	
		<input type="button" value="Gravar"/> Código de Publicação: 0

TERMO ADITIVO A CONVÊNIO: É o instrumento jurídico utilizado para formalizar toda e qualquer alteração no termo de convênio e seus anexos.

- 1. Nº do Termo:** Informar seqüencialmente, o número do termo aditivo que altera o termo de convênio.
- 2. Data Assinatura:** Informar a data da assinatura do termo aditivo.
- 3. Objeto:** Informar o teor da cláusula que estabelece o objetivo do termo aditivo.
- 4. Valor Termo:** Informar o valor dos recursos que está sendo alterado, registrando no campo Justificativa: Informar se a alteração representa acréscimo ou supressão de recursos ao convênio.
- 5. Início Vigência:** Informar a data de início da vigência do Convênio.
- 6. Término Vigência:** Informar a data do final da prorrogação da vigência do Convênio.
- 7. Justificativa:** Informar a justificativa para alteração das cláusulas conveniais e de seus anexos.

CONVÊNIO

- 1. Nº / Exercício:** neste campo deve ser registrado o número do convênio que está sendo alterado, e o exercício em que foi celebrado.

ORÇAMENTO

- 1. Dotação Orçamentária:** Informar a funcional programática e o elemento de despesa consignados no Orçamento Estadual, se a alteração for de valor, ou mesmo apenas de dotação orçamentária.
- 2. Fonte do Recurso:** Informar a fonte do recurso constante do Orçamento Estadual, se a alteração for do valor, ou apenas da fonte do recurso.

3. Origem do Recurso: Informar a esfera de governo de onde o recurso se origina (Federal, Estadual), se a alteração for do valor, ou apenas da origem do recurso.

TERMOS ADITIVOS ANTERIORES: nos campos desta seção devem ser registrados os termos aditivos anteriores, seqüencialmente, do menor para o maior, um de cada vez, clicando a opção ADICIONAR ao término do registro de cada termo aditivo anterior.

1. N° Termo: Informar o número do termo aditivo anterior, de forma seqüencial.

2. Data Assinatura: Informar a data da assinatura do respectivo termo aditivo anterior.

3. Data Publicação DOE: Informar a data em que o respectivo termo aditivo anterior foi publicado no D.O.E.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

PARTES: nos campos desta seção devem ser registrados os nomes do concedente e do beneficiário, como também, se caso houver, do interveniente.

PARTICIPAÇÃO

1. Beneficiário: É o órgão ou entidade que recebeu ou receberá os recursos.

2. Concedente: É o órgão estadual que celebrou o convênio e repassou ou repassará os recursos.

3. Interveniente: É o órgão ou entidade que também assinou o convênio, e que, em alguns casos, recebe os recursos.

4. Razão Social: neste campo deve ser registrado o nome jurídico da Parte selecionada no campo PARTICIPAÇÃO, completo.

5. Data da Criação: neste campo deve ser registrada a data em que foi criada a entidade não governamental que recebeu ou receberá os recursos estaduais.

OS DEMAIS CAMPOS DEVEM SER PREENCHIDOS COM AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PARTE: os campos inseridos nesta seção serão preenchidos com as informações solicitadas.

Adicionar (+): Indica que outros itens poderão ser adicionados.

ORDENADOR

1. CPF/Nome: Informar o CPF e o nome do responsável legal.



**Sistema de Envio de Matérias
PUBLICA**