## 6- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| Meta | 1° Mês | 2°Mes | 3°Mes | 4° Mês | 5° Mês | 6° Mês |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 |

| Meta | 7° Mês | 8° Mês | 9° Mês | 10° Mês | 11° Mês | 12° Mês |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 | 2.000,00 |

## 7- DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para os fins de prova junto a Associação dos Deficientes Renais Crônicos de Itapeva e Região, para os efeitos e sob as penas da lei,que inexiste qualquer debito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Publica que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste poder, na forma deste plano de trabalho.

Pede deferimento,

Itapeva, 30 de outubro de 2019.

Antonio Loureiro de Almeida
Presidente

## 8- APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Local e Data

Concedente