

PLANO DE TRABALHO
1. DADOS DO PROPONENTE
Nome: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CNPJ: 00599 893/0001-33
Endereço (Rua, nº, bairro): Rua das Pitangueiras, 303, Loteamento Laux
Telefone: 51 3635-1569
E-mail: saosebastiaodocai@apaers.org.br
Responsável Legal: Vera L. de Holleben
CPF: 633433363049
Cargo ou Função: Presidente

2. PROPOSTA DE TRABALHO
Nome do Projeto: Plano de Trabalho 2021
Público Alvo: crianças, adolescentes e adultos residentes no território municipal, com deficiência intelectual e múltipla.
Objeto da Parceria: O presente Termo de Colaboração tem por objetivo estabelecer a mútua colaboração entre a Prefeitura Municipal de São Sebastião do Caí e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Sebastião do Caí, visando pela APAE, o atendimento de até 60 usuários.
Descrição da Realidade que será objeto da parceria (devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades ou projetos e metas a serem atingidas): Atendimentos clínicos, assistenciais, aulas de educação física e musicalização.
Justificativa da Proposição: Art.3º A APAE de São Sebastião do Caí tem por MISSÃO promover e articular ações de defesa de direitos e prevenção, orientações, prestação de serviço, apoio á família, direcionadas á melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência e a construção de uma sociedade justa e solidária. Sendo assim, o seguinte projeto tem por objetivo, alocar recursos por período de 9 meses, para cobertura de despesas com alimentação, obrigações patrimoniais, materiais de consumo, manutenção da Apae e pagamento de serviços profissionais e de terceiros.
Neste sentido, a APAE realizará a contratação e o pagamento dos profissionais da equipe multidisciplinar que envolverá: 1 Fisioterapeuta, 1 Fonoaudióloga, 1 Psicóloga, 1 Assistente Social e 1 Terapeuta Ocupacional para os alunos que destes atendimentos necessitarem. Além de oficinairos (as), professor (a) de Educação Física, professor (a) de Música, servente e um gestor administrativo.

3. OBJETIVOS
3.1. Gerais:
a) Atendimento de crianças, adolescentes, adultos e suas famílias residentes no território municipal, com deficiência intelectual e múltipla;
b) Qualidade de vida dos atendidos e suas famílias, favorecendo o desenvolvimento de autonomia e habilidades essenciais à vida diária e escolar, através da aprendizagem, inclusão social e inclusão e acompanhamento no mercado de trabalho.
3.2. Específicos:
a.1) Pagamento da folha de pagamento e encargos da equipe clínica, administrativa e de limpeza;
a.2) Manutenção da estrutura física;

a.3) Pagamento de serviços terceirizados;

b.1) Pagamento de despesas com material de expediente, higiene e alimentação;

b.2) Pagamento das obrigações patrimoniais (água, luz, telefone, internet, entre outras)

4. METODOLOGIA

4.1 Forma de execução das atividades ou dos projetos e de cumprimento das metas

A execução das atividades se dará através dos atendimentos clínicos semanais nas áreas de: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, assistência social (dos usuários e familiares) e da participação nas aulas de musicalização e Educação Física.

5. METAS E RESULTADOS ESPERADOS

5.1. Descrição das metas e de atividades ou projetos a serem executados, de acordo com o cronograma de execução física do objeto:

O serviço visa o desenvolvimento integral, através do trabalho multidisciplinar, no qual os atendidos são estimulados de forma global.

5.2. Resultados esperados:

Melhoria da qualidade de vida e das habilidades motoras; melhor qualidade da comunicação, do funcionamento dos órgãos fonoarticulatórios, das funções neurovegetativas e da linguagem oral e/ou escrita; prevenção e o tratamento de alterações físicas, cognitivas, perceptivas e psicomotoras e tem como característica proporcionar maior grau de independência, prevenir deformidades, realizar adequações posturais e confeccionar ou indicar adaptações para atividades de vida prática; promoção de uma escuta profissional qualificada através de atendimentos individuais e/ou familiares, visitas domiciliares, bem como orientações diversas aos atendidos, pais, professores e funcionários da APAE.

5.3. Parâmetros para aferição do cumprimento das metas:

Pareceres semestrais a cerca da evolução dos usuários atendidos em cada especialidade. A serem entregues nos meses de Junho e Dezembro.

5.4. Descrição das Ações

Meta: Programa Especializado de Atendimento a Pessoa e a Família da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla.

Ações: Atendimentos clínicos, assistências, aulas de educação física e musicalização;

Meta: Programa de Habilitação, Reabilitação e Inclusão da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla a sociedade, através dos atendimentos semanais no setor de reabilitação.

Ações: Atendimentos clínicos, assistências, aulas de educação física e musicalização;

6. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)						
META	ETAPA/FASE	ESPECIFICAÇÃO	INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO	
			Unid.	Quantidade	Início	Término
1		Programa Especializado de Atendimento a Pessoa e a Família da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla.	AS	720	01/04/2021	31/12/2021
2		Programa de Habilitação, Reabilitação e Inclusão da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla a sociedade, através dos atendimentos semanais no setor de reabilitação.	Saúde	2.160	01/04/2021	31/12/2021

7. PREVISÃO DA RECEITA E DESPESA			
RECEITA	TOTAL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
PROPONENTE	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
CONCEDENTE	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55	R\$ 139.999,95
TOTAL GERAL			
DESPESA	TOTAL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
PROPONENTE	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
CONCEDENTE	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55	R\$ 139.999,95
TOTAL GERAL			

8. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO		
8.1. CONCEDENTE		
Mês	Meta	Valor Repassado pelo Município
Abril	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Maio	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Junho	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Julho	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Agosto	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Setembro	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Outubro	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Novembro	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Dezembro	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Totais	R\$ 139.999,95	R\$ 139.999,95

8.2. PROPONENTE – ORGANIZAÇÃO PARCERIA (CONTRAPARTIDA)

Mês	Meta	Valor Repassado pelo Município
Abril	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Maio	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Junho	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Julho	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Agosto	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Setembro	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Outubro	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Novembro	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Dezembro	R\$ 15.555,55	R\$ 15.555,55
Totais	R\$ 139.999,95	R\$ 139.999,95

9. DETALHAMENTO DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

UNID	ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL
	Material de Consumo (material de expediente, material de limpeza, etc.).		
*OBS 1	Serviços de Terceiros (descrever cada contratação individualmente)		
*OBS 2	Custos Indiretos/Equipe Encarregada pela execução (descrever todas as despesas pormenorizadamente, como aluguel, energia elétrica, água, internet, telefone, material de consumo)		
	Equipamentos e materiais (se houver a necessidade, descrever cada bem ou material a ser adquirido, com custo unitário de acordo com os valores praticados no mercado, instruído com orçamentos prévios)		
	Remuneração da equipe encarregada da execução do plano de trabalho (descrição pormenorizada das despesas, inclusive de pessoal próprio da organização da sociedade civil, durante a vigência da parceria, compreendendo as despesas com pagamentos de impostos, contribuições sociais, Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, férias, décimo terceiro salário, salários proporcionais, verbas rescisórias e demais encargos sociais e trabalhistas.	Salários FGTS PIS Férias 1/3 férias 13 salário Total: R\$ 15.555,55 *Em caso de rescisão 40% de multa sobre o fundo de garantia.	R\$ 15.555,55
TOTAL:			R\$ 139.999,95

10. PRESTAÇÃO DE CONTAS

MODO E PERIODOCIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

Mensal

PRAZO DE ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

- 30 dias, contados da data do seu recebimento ou do cumprimento de diligência determinada, prorrogável justificadamente por igual período.

Local e data

Representante Legal da OSC (nome, CPF e assinatura)

11. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da Organização da Sociedade Civil, declaro, para fins de comprovação junto ao Município, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistente qualquer débito ou situação de inadimplência com a Administração Pública Municipal ou qualquer entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento do Município para aplicação na forma prevista e determinada por este Plano de Trabalho.

Pede deferimento.

S.S. do Lou, 26/4/2021

Local e Data

V. J. H. H. H.

Organização da Sociedade Civil

