

| | |
|--------------------------|--------------------|
| PLANO DE TRABALHO | FOLHA 01/03 |
| TERMO DE FOMENTO | |

1 – DADOS CADASTRAIS

| | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|---|------|
| Órgão/Entidade Proponente Associação de Pais e Amigos dos Expcionais - APAE | CNPJ 88.505.821/0001-20 | | | |
| Endereço da Entidade Rua Santo Ângelo, 1370 | | | | |
| Cidade Três de Maio | UF RS | CEP 98910-000 | DDD/Telefone/Fax 55-3535-1994 | E.A. |
| Conta Corrente 96.299-6 | Banco Sicredi | Agência 0306 | Praça de Pagamento Três de Maio | |
| Nome do Responsável Vilson Gentil Foleto | | C.P.F. 090.928.460-15 | | |
| C.I/Órgão Expedidor/Data 8013337038 | Cargo/Função Presidente | | Matrícula | |

2. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

| Título do Projeto PLANO DE TRABALHO PROVENIENTE DO IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE FMDCA | Período de Execução | |
|---|-----------------------|----------------------|
| | Inicio | Término |
| | Fevereiro/2019 | Dezembro/2019 |

Identificação do Objetivo:

Considerando a responsabilidade da Diretoria da **APAE de Três de Maio – RS, CNPJ nº 88505821/0001-20**, Organização não Governamental, filantrópica, preocupados com a manutenção e o quadro de profissionais qualificados necessários para atender a demanda de mais de 212 Pessoas com Deficiência Intelectual e TEA -Transtorno do Espectro Autista junto a **Escola de Educação Especial Helen Keller**, faz-se necessário a captação de recursos de doações do Imposto de Renda Retido na Fonte, através do FMDCA que esta Diretoria saiu em busca dos doadores.

Os recursos arrecadados destinam-se para o pagamento de prestadores de serviço como Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Médico Neurologista, Médico Psiquiatra, Médico Clinico Geral e Médico Neuropediatra, Nutricionista e Técnica em Enfermagem.

Somando-se a parceria com o **Poder Público Municipal, Estadual, Federal, Empresas do 3º Setor e nossa Comunidade**, é possível oferecer uma melhor qualidade de vida às pessoas com deficiência e seus familiares.

PLANO DE TRABALHO

TERMO DE FOMENTO

FOLHA 02/03

Justificativa da Proposta:

Tendo em vista as dificuldades financeiras, que hoje encontra-se nosso País, Estado, Município, não é diferente em nossa Instituição, que passa por momentos de grandes dificuldades, pois a demanda de pessoas que necessitam dos serviços oferecidos por nós aumenta a cada dia, por isso, temos a certeza que este recurso virá para amenizar os problemas hora presentes.

Por ser nossa Instituição entidade particular filantrópica, única no Município, que atende **Pessoas com Deficiência Intelectual e ou Autismo**, recebendo atendimento **Gratuito Especializado**, fazendo-se necessários, mensalmente o pagamento dos profissionais contratados pela Instituição para que possamos manter, ampliar, inovar, capacitar os serviços já existentes sempre garantindo sua cidadania bem como uma melhor qualidade de vida para o nosso aluno/usuário/paciente e seus familiares. Justificamos, assim, nossa captação de recursos através de projetos e oportunidades da Legislação vigente.

3 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (meta, etapa ou fase)

| Ordem | Fase | Especificação | Meta | Indicador | |
|-------|------|--|----------------|------------|---------------|
| | | | | Quantidade | Unidade |
| 1 | 1 | TOTAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DOS PROFISSIONAIS: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, terapeuta ocupacional, médico neurologista, médico psiquiatra, médico clínico geral, médico neuropediatria, nutricionista e técnica de enfermagem. | R\$ 208.282,30 | 15 | Profissionais |

Duração: Fevereiro a Dezembro de 2019.

SP

| | |
|--------------------------|--------------------|
| PLANO DE TRABALHO | FOLHA 03/03 |
| TERMO DE FOMENTO | |

4- PLANO DE APLICAÇÃO (EM R\$ 1,00)

| Código | Natureza da Despesa Especificação | Total | Concedente | Proponente |
|--------------|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | Município | Conveniada |
| | Prestadores de Serviços. | R\$ 418.282,30 | R\$ 208.282,30 | R\$ 210.000,00 |
| Total | | R\$ 418.282,30 | R\$ 208.282,30 | R\$ 210.000,00 |

5 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (EM R\$ 1,00)

Município/Concedente

| Meta | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho |
|------|---------|-----------------------|-------|-------|------|-------|
| | | R\$ 208.282,30 | | | | |

Proponente/Conveniada (contrapartida)

| Meta | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho |
|------|---------|-----------------------|-------|-------|------|-------|
| | | R\$ 210.000,00 | | | | |

| Meta | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro |
|------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|
| | | | | | | |

6 – DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de comprovação junto ao município de TRÊS DE MAIO-RS, que a ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE, mantenedora da Escola de Educação Especial Helen Keller encontra-se em dia com suas obrigações fiscais e sociais, nada impedindo que assine convênios com o Poder Público.

Três de Maio – RS, Fevereiro de 2019.


7 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

*Apromo o Plano de trabalho e autorizo firmar termo de
Parceria. 1º. maio, 11/02/2019*


Altair Francisco Copatti
Prefeito Municipal