

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

1 – DADOS CADASTRAIS

| | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---|------|
| Órgão/Entidade Proponente Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - 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 20.404-0 | Banco Sicredi | Agência 0306 | Praça de Pagamento Três de Maio | |
| Nome do Responsável Paulo Bender de Camargo | | C.P.F. 411.180.300-87 | | |
| C.I./Órgão Expedidor/Data 5028721446 | Cargo/Função Presidente | | Matrícula | |

2. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

| | | |
|--|---------------------|----------------------|
| Título do Projeto Garantindo Cidadania I | Período de Execução | |
| | Início | Término |
| | Janeiro/2026 | Novembro/2026 |

Identificação do Objetivo:

Preocupados com a crescente demanda de atendimentos e com a manutenção do quadro de profissionais qualificados necessários para a assistência de mais de **83 pessoas com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TEA)**, a **APAE de Três de Maio – RS**, inscrita no **CNPJ nº 88.505.821/0001-20**, organização não governamental e filantrópica, que atua nas áreas de **Assistência Social, Educação e Saúde**, atendendo crianças, adolescentes e adultos do município, destaca que este recurso será fundamental para a continuidade dos serviços prestados e para a qualificação do atendimento ao público-alvo, cuja demanda vem aumentando diariamente.

Os recursos destinam-se ao pagamento de prestadores de serviços especializados, como **Médico Neurologista e Psicóloga**, profissionais indispensáveis para a garantia de um atendimento digno, humanizado e eficaz.

Somando-se à parceria com o **Poder Público Municipal, Estadual e Federal**, bem como com **empresas do terceiro setor e a comunidade em geral**, torna-se possível oferecer melhores condições de atendimento, promovendo **qualidade de vida, inclusão e suporte adequado** às pessoas com deficiência intelectual e/ou autismo, assim como às suas famílias.

PC

TERMO DE FOMENTO**Justificativa da Proposta:**

Este Plano de Trabalho justifica-se pelas crescentes dificuldades financeiras enfrentadas pela instituição, decorrentes, principalmente, do aumento contínuo da demanda pelos serviços ofertados, sem o correspondente acréscimo proporcional de recursos financeiros nos últimos anos. A cada dia, cresce o número de pessoas que necessitam de atendimento especializado, o que reforça a necessidade de apoio financeiro para amenizar os problemas atualmente enfrentados pela instituição e garantir a continuidade dos serviços prestados.

Por se tratar de uma entidade privada, filantrópica e sem fins lucrativos, única no Município a atender Pessoas com Deficiência Intelectual e/ou com Transtorno do Espectro Autista (TEA), oferecendo atendimento especializado de forma totalmente gratuita, torna-se indispensável a manutenção do pagamento mensal dos profissionais contratados. Esses profissionais são essenciais para assegurar a continuidade, ampliação, inovação e qualificação dos serviços já existentes, sempre com o objetivo de garantir a cidadania, a dignidade e uma melhor qualidade de vida aos usuários atendidos e a seus familiares.

Dessa forma, o presente pedido encontra respaldo no fato de que o financiamento das ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade compartilhada entre os entes federativos — Município, Estado e União — conforme estabelece a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

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

| Ordem | Fase | Especificação | Meta | Indicador | |
|------------------------------------|------|---|------|------------|---------------|
| | | | | Quantidade | Unidade |
| | 1 | Prestação de Serviço dos seguintes profissionais: Médico Neurologista e Psicóloga | 1 | Todos | Profissionais |
| Duração: Janeiro até Novembro/2026 | | | | | |

PC

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

4- PLANO DE APLICAÇÃO (EM R\$ 1,00)

| Natureza da Despesa | | Total | Concedente Município | Proponente Conveniada |
|---------------------|--|-----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Código | Especificação | | | |
| | Prestadores de Serviços dos seguintes profissionais: Médico Neurologista e Psicóloga | R\$ 80.400,00 | R\$ 80.400,00 | |
| | Manutenção dos serviços e outros profissionais | R\$ 40.000,00 | | R\$ 40.000,00 |
| Total | | R\$ 120.400,00 | R\$ 80.400,00 | R\$ 40.000,00 |

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

Município/Concedente

| Meta | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho |
|------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | R\$ 7.300,00 | R\$ 7.300,00 | R\$ 7.300,00 | R\$ 7.300,00 | R\$ 7.300,00 | R\$ 7.300,00 |

| Meta | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro |
|------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------|
| | R\$ 7.300,00 | R\$ 7.300,00 | R\$ 7.300,00 | R\$ 7.300,00 | R\$ 7.400,00 | |

Proponente/Conveniada (contrapartida)

| Meta | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho |
|------|---------------|-----------|-------|-------|------|-------|
| | R\$ 40.000,00 | | | | | |

| 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 e o Centro Especializado em Reabilitação Auditiva e Intelectual e ou Autismo – CER II encontra-se em dia com suas obrigações fiscais e sociais, nada impedindo que assine convênios com o Poder Público.

Três de Maio – RS, Dezembro de 2025.

7- APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Apresento o Plano de Trabalho e o termo de fomento.

Paulo Bender de Camargo
Presidente
CPF 411.180.300-87

Marcos V. Benedetti
Prefeito Municipal

02.01.2026