

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
<p>Identificação do Objetivo:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		

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

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	Maió	Junho
	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	Maió	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

Approvado o Plano de Trabalho e a b.i.z. e firma Termo de Parcela.

Paulo Bender
Paulo Bender de Camargo
Presidente
CPF 411.180.300-87

02.01.2026
Marcos V. Benedetti Corso
Prefeito Municipal