

## ‘PLANO DE TRABALHO

FOLHA 01/03

### TERMO DE FOMENTO

#### 1 – DADOS CADASTRAIS

Órgão/Entidade Proponente <b>Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE</b>		CNPJ <b>88.505.821/0001-20</b>		
Endereço da Entidade <b>Rua Santo Ângelo, 1370</b>				
Cidade <b>Três de Maio</b>	UF <b>RS</b>	CEP <b>98910-000</b>	DDD/Telefone/Fax <b>55-3535-1994</b>	E.A.
Conta Corrente <b>20.404-0</b>	Banco <b>Sicredi</b>	Agência <b>0306</b>	Praça de Pagamento <b>Três de Maio</b>	
Nome do Responsável <b>Paulo Bender de Camargo</b>		C.P.F. <b>411.180.300-87</b>		
C.I/Órgão Expedidor/Data 5028721446	Cargo/Função <b>Presidente</b>		Matrícula	

#### 2. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

Título do Projeto  Garantindo Cidadania	Período de Execução	
	Início	Término
	<b>Junho/2024</b>	<b>Novembro/2024</b>

#### Identificação do Objetivo:

Preocupados com a alta demanda atendida e com a manutenção do quadro de profissionais qualificados necessários para realizar atendimento para mais de 67 **Pessoas com Deficiência Intelectual e TEA -Transtorno do Espectro Autista** junto a **APAE de Três de Maio – RS, CNPJ nº 88505821/0001-20**, Organização não Governamental, filantrópica que possui três áreas de atuação (Assistência Social, Educação e Saúde) e que atende crianças, adolescentes e adultos do município, este recurso será fundamental para a continuidade do trabalho e do atendimento do público alvo que vem aumentando diariamente.

Os recursos destinam-se para pagamento de prestadores de serviço como Psicóloga, Terapeuta Ocupacional.

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 intelectual e ou autismo e seus familiares que necessitam de suporte.

*PC*

## PLANO DE TRABALHO

FOLHA 02/03

### TERMO DE FOMENTO

#### Justificativa da Proposta:

Este plano de trabalho é justificado pelo aumento das dificuldades financeiras enfrentadas pela instituição, as quais nos últimos anos tivemos um aumento da demanda e pouco aumento de recursos, pois a demanda de pessoas que necessitam dos serviços oferecidos por nós aumenta a cada dia, por isso, temos a certeza que este recurso vem para amenizar os problemas enfrentados atualmente em nossa instituição.

Por ser nossa Instituição entidade particular filantrópica, única no Município, que atende **Pessoas com Deficiência Intelectual e ou Autismo**, recebendo atendimento **Gratuito Especializado**, é necessário o pagamento mensal dos profissionais prestadores 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 paciente e seus familiares. Justificamos, assim, nosso pedido tendo em vista que o financiamento do SUS é de responsabilidade compartilhada entre os entes federativos Município, Estado e União, conforme Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

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

Ordem	Fase	Especificação	Meta	Indicador	
				Quantidade	Unidade
	1	<b>Prestação de Serviço dos seguintes profissionais:</b> Psicóloga, Terapeuta Ocupacional	1	Todos	Profissionais
Duração: Junho até Novembro/2024					

*Pe*

<b>PLANO DE TRABALHO</b>	<b>FOLHA 03/03</b>
<b>TERMO DE FOMENTO</b>	

**4- PLANO DE APLICAÇÃO (EM R\$ 1,00)**

Código	Natureza da Despesa Especificação	Total	Concedente	Proponente
			Município	Conveniada
	<b>Prestadores de Serviços dos seguintes profissionais:</b> Psicóloga, Terapeuta Ocupacional.	R\$ 36.000,00	R\$ 36.000,00	
	Manutenção dos serviços e outros profissionais	R\$ 20.000,00		R\$ 20.000,00
<b>Total</b>		<b>R\$ 56.000,00</b>	<b>R\$ 36.000,00</b>	<b>R\$ 20.000,00</b>

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

Município/Concedente

Meta	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	<th>Junho</th>	Junho
						R\$ 6.000,00

Meta	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
	R\$ 6.000,00					

Proponente/Conveniada (contrapartida)

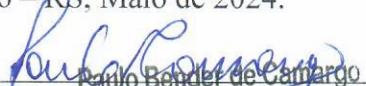
Meta	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
						R\$ 20.000,00

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.

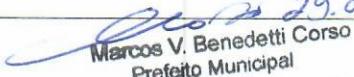
Três de Maio – RS, Maio de 2024.


 Paulo Bender de Camargo  
 Presidente

CPF 411.180.300-87

**7 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE**

<i>aprovado pelo concedente e estou firmo Termo de Parceria</i>
<i>29.05.2024</i>


 Marcos V. Benedetti Corso  
 Prefeito Municipal


 RC