



**MUNICÍPIO DE
ITAQUIRAÍ**

**PLANO DE TRABALHO
DESCRIÇÃO DO PROJETO OU
ATIVIDADE**

ANEXO I

**MODALIDADE: (X) TERMO DE COLABORAÇÃO
() TERMO DE FOMENTO**

Folha N.º 005

1- DADOS CADASTRAIS

| | | | | |
|--|---------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| Organização da Sociedade Civil Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Itaquirai-MS | | | CNPJ 08.720.628/0001-73 | |
| Endereço Rua dos Cravos, n° 95-Bairro Jardim Primavera | | | | |
| Cidade Itaquirai | Estado MS | CEP 79.965-000 | DDD/Telefone (67) 3476-2675 | FAX (67) 3476-2675 |
| Conta Corrente 16.188-8 | Banco 001 | Agência 3933-0 | E-mail itaquirai@apaems.org.br | |
| Nome do Representante Legal Luzia Aparecida Miranda | | | CPF 502.019.051-91 | |
| RG / Órgão 434 295 SSP/MS | Cargo Presidente | E-mail apae_itaquirai@hotmail.com | | |
| Endereço Rua Machado de Assis, n° 71 - Bairro Boa Vista | | | CEP 79.965-000 | |

2- OUTROS

| | | |
|----------------------------------|--------------|--------|
| Nome | CNPJ | |
| Endereço | DDD/Telefone | |
| Nome do Responsável pelo Projeto | CPF | |
| RG / Órgão | Cargo | E-mail |

3- DESCRIÇÃO DO PROJETO OU ATIVIDADE

| | | |
|---|---|---------------|
| Area de Atendimento: Assistência Social e Educação | Órgão/Entidade Financiador: Fundo Municipal de Assistência Social/PMI | |
| Título do Projeto/ Atividade Promover atenção integral à pessoa com deficiência | Período de Execução | |
| | Início | Final |
| | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |

OBJETO DA PARCERIA:

Transferência de recursos do Município para a ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE, DE ITAQUIRAÍ/MS com a finalidade de atender despesas de manutenção.

DESCRIÇÃO DA REALIDADE:

Considerando a necessidade de criação de um espaço que ofertasse serviços especializados de assistência social, educação e saúde, voltados para a pessoa com deficiência intelectual, foi fundada em 2007 a Associação de Pais e Amigos de Itaquirai/MS. Devido a diversos fatores sociais, as famílias das pessoas com deficiência, e elas próprias, tendem a inclusões precárias e a sofrer violência e violação de direitos. Diante disso, a MISSÃO dessa instituição é de promover e articular ações de defesa de direitos e prevenção, orientações, prestação de serviços, apoio à família, melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência e a construção de uma sociedade mais justa e solidaria.

São atendidas 33 pessoas, entre crianças, jovens, adultos e idosos com deficiência intelectual e múltiplas e seus familiares. O Serviço tem a finalidade de promover autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas atendidas. As ações desenvolvidas devem assegurar as aquisições de segurança de acolhida, segurança de convívio ou vivência familiar, comunitária e social e segurança de desenvolvimento de autonomia, buscando assegurar-lhes o pleno exercício da cidadania. Tem como um dos objetivos principais proporcionar ao aluno com deficiência o desenvolvimento de suas potencialidades, tanto nos aspectos intelectuais, físico, social e do trabalho, mediante conhecimentos, habilidades e aptidões, promovendo seu auto realização, prestar atendimento as crianças, jovens e adultos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, promovendo estímulos para favorecer o seu desenvolvimento global, através de atividades que estimulam seu aprendizado.

(Assinatura)

METAS:

Oferecer atendimento especializado e cuidado diário a 48 pessoas entre jovens, crianças e adultos com diferentes níveis de dependência (bem como aos seus familiares), assegurando o direito à vida, convivência familiar, prevenir o abrigo, contribuir para a proteção social, com vistas a assegurar o direito a vida e à convivência familiar, promover apoio especializado às famílias na tarefa do cuidar, para diminuir e prevenir situações de sobrecarga, fortalecer os vínculos familiares, oferecendo subsídios teóricos e práticos para facilitar o processo de inclusão e propor ações educativas que possam atender às reais necessidades dos atendidos.

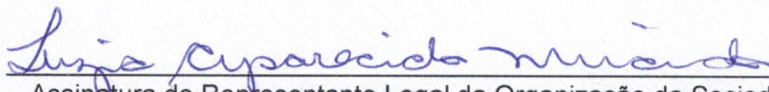
RESULTADOS ESPERADOS:

Melhora dos vínculos familiares e comunitários, aumento da funcionalidade e autonomia, aumento de habilidades e potencialidades, redução de negligência, redução da situação de vulnerabilidade, aumento da participação comunitária, ampliação do universo informacional e cultural; redução do nível de estresse do familiar, maior acesso a políticas públicas, maior compreensão dos direitos humanos; melhora na convivência familiar e comunitária, melhora dos vínculos familiares, melhora na função protetiva; maior compreensão e aceitação das potencialidades do familiar, flexibilizar a ação pedagógica nas diferentes áreas de conhecimento de modo adequado às necessidades especiais de aprendizagem, respeitando as individualidades dos atendidos, buscar a melhor integração dos atendidos com deficiência na escola, auxiliando o seu desenvolvimento educacional e social, valorizando e respeitando as diferenças de cada um.

AUTENTICAÇÃO

Local: Itaquirai/MS

Data: 01/02/2023



Assinatura do Representante Legal da Organização da Sociedade Civil

APROVAÇÃO:

Local: Itaquirai/MS

Data: 01/02/2023

Assinatura do Representante Legal do Município



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

PLANO DE TRABALHO
CRONOGRAMA DE
EXECUÇÃO

ANEXO II

MODALIDADE: (X) TERMO DE COLABORAÇÃO
() TERMO DE FOMENTO

| CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FÍSICO (META, ETAPA, FASE) | | | | | | |
|---|------------|---|------------------|--------|----------------|---------------|
| Meta | Etapa Fase | Descrição da Meta, Etapa ou Fase | Indicador Físico | | Duração | |
| | | | Unidade | Quant. | Início | Término |
| 1 | | Material de Consumo e Manutenção | | | | |
| | 1.1 | Energia Elétrica | Mês | 10 | Fevereiro/2023 | Novembro/2023 |
| | 1.2 | Materiais escolares | Mês | 10 | Fevereiro/2023 | Novembro/2023 |
| | 1.3 | Combustível | Mês | 10 | Fevereiro/2023 | Novembro/2023 |
| | 1.4 | Despesas de Alimentação, Higiene e Limpeza | Mês | 10 | Fevereiro/2023 | Novembro/2023 |
| | | Pagamento de pessoal e encargos trabalhistas | | | | |
| 2 | 2.1 | Merendeira | Mês | 11 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |
| | 2.2 | Zeladora | Mês | 11 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |
| | 2.3 | Secretária | Mês | 11 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |
| | 2.4 | Diretora Geral | Mês | 11 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |
| | 2.5 | Monitora | Mês | 11 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |
| | 2.6 | Assistente Social | Mês | 11 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |
| | 2.7 | Coordenadora | Mês | 11 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |
| | 2.8 | Psicóloga | Mês | 11 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |
| | 2.9 | Auxiliar de sala | Mês | 11 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |
| 3 | | Serviços de Terceiros (Pessoa Jurídica) | | | | |
| | 3.1 | Serviços de Honorários Contábeis | Mês | 11 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |
| | 3.2 | Serviços Médicos (exames admissionais e demissionais) | UN | 22 | Fevereiro/2023 | Dezembro/2023 |

10

| CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO FINANCEIRA | | | |
|--|---|-----------------------|--------------------------------|
| Meta | Especificação | Órgão/Entidade R\$ | Organização da Sociedade Civil |
| 1 | Material de Consumo e Manutenção | CORRENTE | |
| | 1.1 Energia Elétrica | | |
| | 1.2 Materiais escolares | | |
| | 1.3 Combustível | | |
| | 1.4 Despesas de Alimentação, Higiene e Limpeza | | |
| | 2 Pagamento de pessoal e encargos trabalhistas | | |
| | 2.1 Merendeira | | |
| | 2.2 Zeladora | | |
| | 2.3 Secretária | | |
| | 2.4 Diretora Geral | | |
| | 2.5 Monitoras | | |
| | 2.6 Assistente Social | | |
| | 2.7 Coordenadora | | |
| | 2.8 Psicóloga | | |
| 2.9 Auxiliar de sala | | | |
| 3 | Serviços de Terceiros (Pessoas Jurídica) | | |
| | 3.1 Serviços de Honorários Contábeis | | |
| | 3.2 Serviços Médicos (exames admissionais e demissionais) | | |
| SUBTOTAL P/ CATEGORIA ECONÔMICA | | R\$ 428.030,60 | R\$ 0,00 |
| TOTAL GERAL | | R\$ 428.030,60 | R\$ 0,00 |

AUTENTICAÇÃO

Local: Itaquiraí/MS
Data: 01/02/2023

Luiza Aparecida Miranda
Assinatura do Representante Legal



MODALIDADE: (X) TERMO DE COLABORAÇÃO
() TERMO DE FOMENTO

QUADRO DETALHADO DO CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS

a) PESSOAL E ENCARGOS

| Meta | Etapa Fase | Especificação | Qdade (anual) | Unidade de Medida | Custo Unitário | Custo Total | Recursos | | |
|-----------------|------------|--|---------------|-------------------|----------------|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| 2 | 2.1 | Pagamento de Pessoal e Encargos Trabalhistas | 11 | mês | R\$ 35.524,60 | R\$ 390.770,60 | Parceiro Público | Parceiro Privado | |
| SUBTOTAL | | | | | | | R\$ 390.770,60 | R\$ 390.770,60 | R\$0,00 |

b) Material Permanente

| Meta | Etapa Fase | Especificação | Qdade | Unidade de Medida | Custo Unitário | Custo Total | Parceiro Público | Parceiro Privado | |
|-----------------|------------|---------------|-------|-------------------|----------------|-------------|------------------|------------------|----------------|
| SUBTOTAL | | | | | | | R\$0,00 | R\$0,00 | R\$0,00 |

c) Material de Consumo e Manutenção

| Meta | Etapa Fase | Especificação | Qdade | Unidade de Medida | Custo Unitário | Custo Total | Recursos | | |
|-----------------|------------|--|-------|-------------------|----------------|---------------|----------------------|----------------------|----------------|
| 1 | 1.1 | Energia Elétrica | 10 | Mês | R\$ 590,94 | R\$ 5.909,40 | Parceiro Público | Parceiro Privado | |
| | 1.2 | Materiais escolares | 10 | Mês | R\$ 401,50 | R\$ 4.015,00 | | | |
| | 1.3 | Combustível (gasolina/etanol) | 10 | Mês | R\$ 420,00 | R\$ 4.200,00 | | | |
| | 1.4 | Despesas de alimentação, higiene e limpeza | 10 | Mês | R\$ 1.587,56 | R\$ 15.875,60 | | | |
| SUBTOTAL | | | | | | | R\$ 30.000,00 | R\$ 30.000,00 | R\$0,00 |

d) Serviços de Terceiros (Pessoa Jurídica)

| Meta | Etapa Fase | Especificação | Qdade | Unidade de Medida | Custo Unitário | Custo Total | Recursos | | |
|--------------------|------------|---|-------|-------------------|----------------|--------------|---------------------|---------------------|----------------|
| 3 | 3.1 | Serviços de Honorários Contábeis | 11 | Mês | R\$ 520,00 | R\$ 5.720,00 | Parceiro Público | Parceiro Privado | |
| | 3.2 | Serviços médicos (Exames admissional/demissional) | 22 | UN | R\$ 70,00 | R\$ 1.540,00 | | | |
| SUBTOTAL | | | | | | | R\$ 7.260,00 | R\$ 7.260,00 | R\$0,00 |
| TOTAL GERAL | | | | | | | R\$ 7.260,00 | R\$ 7.260,00 | R\$0,00 |

AUTENTICAÇÃO:
Local: Itaquiraí/MS
Data: 01/02/2023

Luiza Aparecida Muiel

Assinatura do Representante Legal



MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ

PLANO DE TRABALHO
PLANO DE APLICAÇÃO

ANEXO IV

MODALIDADE: (X) TERMO DE COLABORAÇÃO
() TERMO DE FOMENTO

CRONOGRAMA DE RECEITA (R\$)

| Orgão/Entidade | | Ano | Jan | Fev | Mar | Abril | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|--------------------------------|-------------|------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Meta | Etapas/Fase | 2023 | | 34.614,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 46.102,52 | 76.561,99 | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | 428.030,60 |
| Organização da Sociedade Civil | | Ano | Jan | Fev | Mar | Abril | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
| Meta | Etapas/Fase | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | |

CRONOGRAMA DE DESPESA (R\$)

| Orgão/Entidade | | Ano | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|--------------------------------|-------------|------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Meta | Etapas/Fase | 2023 | | 34.614,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 33.844,01 | 46.102,52 | 76.561,99 | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | 428.030,60 |
| Organização da Sociedade Civil | | Ano | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
| Meta | Etapas/Fase | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | |

AUTENTICAÇÃO
Local: Itaquiraí/MS
Data: 01/02/2023

Luiz Aparedido Miranda
Assinatura do Representante Legal