

PLANO DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS:			
NOME DA INSTITUIÇÃO: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais		CNPJ: 89.834.352/0001-56	
TIPO DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL: Filantrópica		<input checked="" type="checkbox"/> Sem Fins Lucrativos	
		<input type="checkbox"/> Cooperativa	
		<input type="checkbox"/> Religiosa	
ENDEREÇO: Rua Marcolino De Carli, N° 396			
BAIRRO: Várzea	CIDADE: Santo Antônio da Patrulha	UF: RS	CEP: 95.500-000
E-MAIL: sap@apaers.org.br		TELEFONE: (51) 36622552 / 985948091	
CONTA BANCÁRIA ESPECÍFICA: 35.459-7	BANCO: Brasil	AGÊNCIA: 0369-7	
NOME DO RESPONSÁVEL: José Alfeu Wermann		CPF: 234.181.170-15	
PERÍODO DE MANDATO: 02/01/2023 a 31/12/2025	CARTEIRA DE IDENTIDADE/ÓRGÃO EXPEDIDOR: 3014704971 SSP-RS	CARGO: Presidente	
ENDEREÇO: Rua São Paulo, nº 224		CEP: 95.5000-000	

2 - PROPOSTA DE TRABALHO:		
NOME DO PROJETO: Programa Transpondo Barreiras Construindo Cidadania		PRAZO DE EXECUÇÃO
		INÍCIO 01/01/2026
		TÉRMINO 31/12/2026
PÚBLICO ALVO: Crianças e adolescentes com Deficiência e com hipóteses diagnósticas para avaliação neurológica		
OBJETO DE PARCERIA: Atendimento neurológico para crianças e adolescentes com deficiência ou hipóteses diagnósticas para avaliação neurológica.		
DESCRIÇÃO DA REALIDADE QUE SERÁ OBJETO DA PARCERIA O município de Santo Antônio da Patrulha, através da Secretaria Municipal da Educação, oferta atendimentos especializados, no Centro de Atendimento Educacional especializado – CAEE, para o público alvo da Educação Especial. Mesmo com o atendimento diversificado, apresenta carência de atendimento neurológico.		
JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO: A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Santo Antônio da Patrulha é uma instituição renomada que oferece atendimentos especializados com reconhecida qualidade, para o público da Educação Especial. A oferta do atendimento neurológico é imprescindível para o desenvolvimento integral das adolescentes, contribuindo com suas aprendizagens escolares e da vida cotidiana.		

3 - OBJETIVOS:**3.1 – GERAIS**

Ofertar atendimentos especializados às Pessoas com Deficiência Intelectual e Múltipla.

3.2 – ESPECÍFICO

□ Ofertar 330 atendimentos neurológicos, para crianças e adolescentes em idade escolar, contribuindo com seu desenvolvimento integral e com suas aprendizagens escolares.

4 - METODOLOGIA:**4.1 – FORMA DE EXECUÇÃO E DE CUMPRIMENTO DAS METAS**

Os recursos serão destinados para o pagamento dos profissionais, bem como pagamentos de impostos, contribuições sociais, fundo de garantia do tempo de serviço – FGTS, férias, décimo terceiro salário, verbas rescisórias e demais encargos sociais. Como contrapartida, a Instituição oferecerá o espaço, bem como, todas as despesas relacionadas à água, luz, telefone, limpeza e profissionais do setor administrativo, totalizando assim uma despesa mensal no valor de R\$ 10.000,00.

5 - METAS E RESULTADOS ESPERADOS:**5.1 - DESCRIÇÃO DAS METAS E ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS:**

Pagamento de profissionais especializados.

5.2 - RESULTADOS ESPERADOS:

Melhorar a qualidade de vida das crianças e adolescentes, público alvo da Educação Especial, através de atendimentos neurológicos.

5.3 - PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

Comprovantes de pagamento, comprovantes de recolhimento de encargos sociais e lista de presenças dos atendimentos.

6. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

META	ETAPA/FASE	ESPECIFICAÇÃO	INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO		VALOR TOTAL
			UN	QUANT	INÍCIO	TÉRMINO	
1	Pagamento de profissionais	Neurologista	1	1			
1.2	Atendimentos		1	330	01/01/2026	31/12/2026	R\$ 69.089,28

7 - PREVISÃO DA RECEITA E DESPESA

RECEITA	TOTAL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
PROPONENTE	-	-	-
CONCEDENTE	R\$ 69.089,28	R\$ 5.757,44	R\$ 69.089,28
TOTAL GERAL			R\$ 69.089,28

DESPESA	TOTAL	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
PROPONENTE	-	-	-
CONCEDENTE	R\$ 66.000,00	R\$ 5.757,44	R\$ 69.089,28
TOTAL GERAL			R\$ 69.089,28

8 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

8.1 - CONCEDENTE

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
	R\$ 5.757,44	R\$ 5.757,44	R\$ 5.757,44	R\$ 5.757,44	R\$ 5.757,44	R\$ 5.757,44
META	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
	R\$ 5.757,44	R\$ 5.757,44	R\$ 5.757,44	R\$ 5.757,44	R\$ 5.757,44	R\$ 5.757,44

8.2 – PROPONENTE – ORGANIZAÇÃO PARCEIRA

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
META	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS

9 - DETALHAMENTOS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Material de Consumo	-
Serviços de Terceiros – Pessoa Física	R\$ 69.089,28
Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica	-
Custos Indiretos/Equipe Encarregada pela execução	-
Equipamentos e Materiais Permanentes	-
TOTAL	R\$ 69.089,28

10 - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada até o 10º (décimo) dia subsequente, no caso de prestação e contas mensal ou 30 (trinta) dias a partir do término da vigência da parceria. Após a apresentação da prestação de contas mensal ou final, constatada irregularidade ou omissão, será concedido prazo de até 10 dias, prorrogáveis por igual período, para a entidade sanar irregularidades ou cumprir a obrigação, sem prejuízo das demais medidas administrativas.

11 - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, declaro, para fins de comprovação junto ao MUNICÍPIO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem qualquer débito ou situação de inadimplência com a Administração Pública Municipal ou qualquer entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento do Município para aplicação na forma prevista e determinada por este Plano de Trabalho.
Pede deferimento.



Documento assinado digitalmente

JOSE ALFEU WERMANN

Data: 04/12/2025 11:42:35-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Santo Antônio da Patrulha, 04/12/2025

José Alfeu Wermann
Presidente APAE/SAP

12 - APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

12.1 – Secretário(a) de Município requisitante:

Aprovado Reprovado

Data: __/__/__ Assinatura: _____

12.2

12.2 A– Comissão de Seleção:

Aprovado Reprovado

Data: __/__/__ Assinatura: _____

12.2 B – Conselho Municipal (No caso de haver repasse oriundo de Fundo Municipal, EX: COMDICA, Conselho do Idoso, etc)

Aprovado Reprovado

Data: __/__/__ Assinatura: _____

12.3 – Gestor da Parceria (Fiscal da Parceria)

Aprovado Reprovado

Data: __/__/__ Assinatura: _____

12.4 – Chefe do Poder Executivo:

Aprovado Reprovado

Data: __/__/__ Assinatura: _____

;