

## PLANO DE TRABALHO

### 1 - DADOS CADASTRAIS E CARACTERÍSTICAS DA OSC

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                           |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Nome da Entidade:<br>Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         | CNPJ:<br>90484015/0001-65 |                                    |
| Endereço: Rua Longino Zacarias Guadagnin.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                           |                                    |
| Município:<br>Ibiraíaras                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | UF: RS.                                 | CEP:<br>95305000          | DDD/Telefone/FAX<br>(54) 3355-1372 |
| Conta Bancária:<br>0600730113                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Banco<br>Banrisul                       | Agência: 0693             |                                    |
| Data de constituição da OSC:<br>03/07/1991                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                           |                                    |
| Nome do Responsável:<br>Ana Maria Cirino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         | CPF:<br>359324730-53      |                                    |
| Período do mandato:<br>01/01/17 a 31/12/19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | C.I. 7019175749<br>Órgão Expedidor: SSP | Cargo: Professora         |                                    |
| Endereço: Rua João Luiz Canevese, n.º 360.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         | CEP: 95.305000            |                                    |
| <b>Caracterização da OSC:</b><br>É uma Associação Filantrópica, cuja administração é exercida pelo presidente e membros da diretoria, assessorados pela direção da Escola. Caracterizamos nossa escola como uma escola aberta, participativa, solidária, integradora, transformadora, desenvolvendo as potencialidades dos educandos, respeitando sempre suas limitações e individualidades.                                                                                                                                                                |                                         |                           |                                    |
| <b>Finalidade:</b> A escola tem a finalidade de inserir socialmente as pessoas com deficiência, para que tenham um atendimento amplo, incluídas em todos os seguimentos da sociedade com direitos respeitados na área social, saúde, educação e trabalho.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                           |                                    |
| <b>Histórico e área de atuação da OSC:</b> A entidade mantém a Escola de Educação Especial Bem me Quer, onde são assistidos 39 alunos a partir da faixa etária inicial de 0 a 6 anos até a fase adulta, nas diferentes categorias excepcionais: mental, auditiva, física, autista e múltiplas. Através da Escola e do Centro de reabilitação, a clientela Apaeana, além de receber tratamentos pedagógicos, fisioterapêuticos, fonoaudiológicos, psicológicos e equoterápicos é beneficiada com a alimentação, medicamentos, próteses e transporte escolar. |                                         |                           |                                    |

### 2 - PROPOSTA DE TRABALHO

Nome do Projeto/Atividade: Qualidade de Vida

Prazo de Execução:  
12 meses



**Objetivo geral:** Promover uma melhoria na qualidade de vida dos usuários e suas famílias.

**Público alvo:** Pessoas com deficiência, usuários e suas famílias. Nosso trabalho está voltado a eles em todas as fases de sua vida e as demais pessoas que integram a sua causa.

**Objeto da parceria:** Através desta parceria pretende-se manter o atendimento das pessoas com deficiências, quer seja daquelas encaminhadas pela administração pública, quer daquelas que nos procuraram diretamente. A Entidade visa um atendimento de qualidade a seus alunos, pais e comunidade local, através desta parceria possibilitará a manutenção das atividades que se constitui a finalidade da entidade. Combinado a essas atividades, e com bons resultados, se agregou o projeto de equoterapia, o qual se constitui num método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo como um auxiliar para o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com algum grau de deficiência e/ou com necessidades especiais, dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação. A manutenção dessa ação igualmente se revela necessária.

**Descrição da realidade:** Atualmente a Entidade atende 39 pessoas e conta com uma equipe composta de 4 técnicos (fisioterapeuta, psicóloga, fonoaudióloga e assistente social) 5 professores, uma coordenadora pedagógica, uma diretora, uma cozinheira e faxineira e um motorista. O gasto maior que a Entidade tem é com a folha de pagamento, estes profissionais são de extrema importância para o bom andamento das atividades e melhorando assim a qualidade de vida dos usuários, assim como o transporte e a manutenção das despesas básicas da entidade.

**Impacto social esperado:** Manter o atendimento das pessoas que possuam deficiência, bem como oportunizar o devido atendimento as famílias, de modo a criar uma opção de vida a partir da realidade de cada pessoa. Combinado a esse impacto, igualmente se busca sensibilizar a sociedade para as causas das deficiências, reduzindo o preconceito e oportunizando uma vida digna a todos sem discriminação.

### 3. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DE METAS

A meta geral é a manutenção das atividades de atendimento as pessoas com deficiência, pois esta se constitui a principal forma de manter o atendimento as famílias que necessitam, de forma que a divisão dos recursos se dará da seguinte forma:

| Metas        | Etapas/<br>Fase | Especificação     | Indicador Físico |            | Duração   |           |
|--------------|-----------------|-------------------|------------------|------------|-----------|-----------|
|              |                 |                   | Unidade          | Quantidade | Início    | Término   |
| 1. Pagamento | men-            | Pagamento de pes- | Meses            | 12         | Fevereiro | Fevereiro |





|                        |         |                                                                                                                                                                                                                                                  |       |    |                 |                 |
|------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|-----------------|-----------------|
| pessoal                | sal     | soal com relação aos serviços de fisioterapeuta, psicóloga, fonoaudióloga e assistente social, professores, serviços gerais para cumprimento de atividades com pessoas com necessidades especiais, e respectivos encargos sociais e tributários. |       |    | /2017           | /2018           |
| 2. Material pedagógico | men-sal | Material escolar e de expediente para todas as atividades com pessoas com necessidades especiais.                                                                                                                                                | Meses | 12 | Fevereiro /2017 | Fevereiro /2018 |
| 3. Transporte          | men-sal | Manutenção do veículo que realiza o transporte dos alunos para atividades normais e atividades extras.                                                                                                                                           | Meses | 12 | Fevereiro /2017 | Fevereiro /2018 |
| 4. Equoterapia         | men-sal | Execução de tratamento através da equoterapia, para fins de ampliar a oferta de opções e tratamento as pessoas com deficiência.                                                                                                                  | Meses | 12 | Fevereiro /2017 | Fevereiro /2018 |

#### 4. DESCRIÇÃO DAS AÇÕES

| Meta |                     | Ações |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|---------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Pagamento Pessoal   | 1     | Nossa Entidade requer uma equipe multidisciplinar para melhor atender nossa clientela, cada qual tem grande importância neste papel de evolução do educando em sua formação em todas as áreas: saúde, educação e assistência social. Justificando assim os valores referentes ao pagamento dos profissionais envolvidos nesta causa, que são: Fisioterapeuta; Psicóloga; Fonoaudióloga; Assistente Social. |
|      |                     | 2     | Além dos profissionais descritos acima, há necessidade de professores e serventes, pois todos juntos viabilizam a manutenção dos serviços                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|      |                     | 3     | Despesas com encargos sociais e tributários.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2    | Material Pedagógico | 1     | O desenvolvimento das atividades cotidianas de nossa entidade requer o uso de muitos materiais de escritório e escolar que são fornecidos aos nossos alunos por serem carentes.                                                                                                                                                                                                                            |



|   |             |   |                                                                                                                                                                                                                 |
|---|-------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |             | 2 | Pela necessidade de estarmos sempre atualizados com novas bibliografias, material pedagógico para o desenvolvimento do raciocínio lógico, comportamental e motor das crianças, impõe-se que haja esta previsão. |
| 3 | Transporte  | 1 | Pelas dificuldades que nossos usuários têm de deslocamento, faz-se necessário o transporte dos mesmos.                                                                                                          |
|   |             | 2 | Tendo em vista o desgaste do veículo escolar pelo uso constante, faz-se necessário a manutenção periódica para uma maior segurança aos usuários.                                                                |
| 4 | Equoterapia | 1 | Com relação a essa terapia, o presente plano de trabalho prevê o atendimento de no mínimo 20 crianças mensalmente, com carga horária semanal, justificando, desse modo, os valores previstos.                   |

## 5. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS:

| Quantidade  | Descrição              | Valor mensal  | Valor anual    |
|-------------|------------------------|---------------|----------------|
| 1           | Pagamento Pessoal      | R\$ 12.930,15 | R\$ 155.161,80 |
| 2           | Material pedagógico    | R\$ 300,00    | R\$ 3.600,00   |
| 3           | Transporte             | R\$ 800,00    | R\$ 9.600,00   |
| 4           | Terapia de Equoterapia | R\$ 6.000,00  | R\$ 72.000,00  |
| Total geral |                        |               | R\$ 240.361,80 |

## 6. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DOS RECURSOS POR PARTE DO MUNICÍPIO PARA CUMPRIMENTO DE TODAS AS METAS:

|       | 1º mês        | 2º mês        | 3º mês        | 4º mês        | 5º mês        | 6º mês        |
|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|       | R\$           | R\$ 13.847,22 | R\$ 13.847,22 | R\$ 13.847,22 | R\$ 13.847,22 | R\$ 13.847,22 |
| Meta  | 13.847,22     |               |               |               |               |               |
| 1 a 4 | 7º mês        | 8º mês        | 9º mês        | 10º mês       | 11º mês       | 12º mês       |
|       | R\$ 13.847,22 | R\$ 13.847,22 | R\$ 13.847,22 | R\$ 13.847,22 | R\$ 13.847,22 | R\$ 13.847,22 |

## 7. ESTIMATIVA DE DESPESAS DA OSC:

|      | 1º mês     | 2º mês     | 3º mês     | 4º mês     | 5º mês     | 6º mês     |
|------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|      | R\$        | R\$        | R\$        | R\$        | R\$        | R\$        |
| Meta | 12.930,15  | 12.930,15  | 12.930,15  | 12.930,15  | 12.930,15  | 12.930,15  |
| 1    | 7º mês     | 8º mês     | 9º mês     | 10º mês    | 11º mês    | 12º mês    |
|      | R\$        | R\$        | R\$        | R\$        | R\$        | R\$        |
|      | 12.930,15  | 12.930,15  | 12.930,15  | 12.930,15  | 12.930,15  | 12.930,15  |
|      | 1º mês     | 2º mês     | 3º mês     | 4º mês     | 5º mês     | 6º mês     |
|      | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 |
| Meta | 7º mês     | 8º mês     | 9º mês     | 10º mês    | 11º mês    | 12º mês    |
| 2    | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 | R\$ 300,00 |
|      | 1º mês     | 2º mês     | 3º mês     | 4º mês     | 5º mês     | 6º mês     |
|      | R\$ 800,00 | R\$ 800,00 | R\$ 800,00 | R\$ 800,00 | R\$ 800,00 | R\$ 800,00 |
| Meta | 7º mês     | 8º mês     | 9º mês     | 10º mês    | 11º mês    | 12º mês    |
| 3    |            |            |            |            |            |            |



|           |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|-----------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|           | R\$ 800,00      | R\$ 800,00      | R\$ 800,00      | R\$ 800,00      | R\$ 800,00      | R\$ 800,00      |
| Meta<br>4 | 1º mês          | 2º mês          | 3º mês          | 4º mês          | 5º mês          | 6º mês          |
|           | R\$<br>6.000,00 | R\$<br>6.000,00 | R\$<br>6.000,00 | R\$<br>6.000,00 | R\$<br>6.000,00 | R\$<br>6.000,00 |
|           | 7º mês          | 8º mês          | 9º mês          | 10º mês         | 11º mês         | 12º mês         |
|           | R\$<br>6.000,00 | R\$<br>6.000,00 | R\$<br>6.000,00 | R\$<br>6.000,00 | R\$<br>6.000,00 | R\$<br>6.000,00 |

## 8. MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

- A prestação de contas será realizada no mínimo a cada três meses, ou conforme solicitado pela administração pública.
- A prestação de contas finais deverá ser em até 90 (noventa) dias contados do término da vigência.

*Ibiraíaras/RS, 08 de janeiro de 2017.*

  
**ANA MARIA CIRINO**  
 Representante Legal da OSC  
 CPF 359.324.730-53