

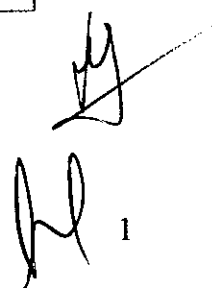
## PLANO DE TRABALHO

### 1 - DADOS CADASTRAIS - PROPONENTE

<b>Entidade Proponente</b>			<b>CNPJ</b>		
Associação de Apoio a Pais de Autistas			18.443.436/0001-10		
<b>Endereço</b>			<b>E-mail</b>		
Rua Marcolino Pelicano, 198 - Vila Pelicano			ongespacoazul@gmail.com		
<b>Cidade</b>	<b>UF</b>	<b>CEP</b>	<b>DDD/TELEFONE</b>		
São Carlos	SP	13754-023	16 3416.2258		
<b>Conta Corrente</b>		<b>Banco</b>		<b>Agência</b>	
		Banco do Brasil		0295 X	
<b>Nome do Representante Legal</b>					
Marli Teresinha Zotesso Moretti					
<b>IDENTIDADE/ÓRGÃO EXPEDIDOR</b>		<b>CPF</b>		<b>DDD/TELEFONE</b>	
SSP SP		141.012.398-78		16 31164564	
<b>Endereço</b>			<b>E-mail</b>		
Rua Ângelo Possa, 462, Jardim Paulista, São Carlos - SP 13574-510			Marli.tzm@gmail.com		
<b>Nome do Responsável Técnico pelo projeto</b>					
Rozimarie Fernandes					
<b>IDENTIDADE/ÓRGÃO EXPEDIDOR</b>		<b>CPF</b>		<b>DDD/TELEFONE</b>	
4210589 SSP MG		115.679.658-06		16 99425.7717	
<b>Endereço</b>			<b>E-mail</b>		
Rua Ray Wesley Herick, 1501, casa 293, Jardim Jockey Club Cond. Village Dahma I São Carlos SP			rozimarie@gmail.com		

### 2 - APRESENTAÇÃO E HISTÓRICO DA OSC

<p>A Associação de Apoio a Pais de Autistas, existe desde 2013, tem experiências no atendimento aos pais e pessoas com TEA.</p> <p>O foco principal da Ong é oferecer atendimento as pessoas dentro do espectro Autistas (TEA) oferecendo tratamento multidisciplinar para proporcionar a aquisição da fala, maior independência no futuro, formação de pais, profissionais e cuidadores.</p>



### 3 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

<b>Título do Projeto</b> 1. Atendimento multidisciplinar para as pessoas com TEA	<b>Período de Execução*</b> Termo de colaboração	
	<b>Início</b> Após a assinatura do convênio	<b>Término</b> 12 meses após o recebimento da 1ª parcela
<b>Identificação do Objeto</b> 1 – Firmar parceria com a finalidade de executar durante 12 meses atendimento de: Terapia Ocupacional, Psicopedagogia, Fonoaudiologia, Análise Comportamental para pessoas com TEA, na faixa etária de 03 a 40 anos.		
<b>Justificativa contendo a descrição da realidade que será objeto da parceria</b> <p>Há no município uma grande defasagem de atendimento individual especializado e multidisciplinar que atenda as crianças com autismo, existe hoje muitas crianças em fila de espera, as pesquisas indicam que quanto mais cedo a criança for trabalhada mais ela se desenvolve, portanto não se pode perder tempo no atendimento com os autistas.</p> <p>O objetivo do projeto é oferecer o atendimento da terapia de Análise Comportamental (ABA), método cientificamente provado que traz resultados positivos nas pessoas com TEA proporcionando a independência no futuro.</p> <p>A intervenção individual proporciona a pessoa com TEA instalação de comportamentos adequados, ajudando o indivíduo a ter independência, melhorando o contato social, a fala e os comportamentos que são a base para o aprendizado (sentar, esperar, imitar, manter contato visual, seguir instruções, identificar as partes do corpo, cores, formas, objetos).</p>		

\* ATENÇÃO: O período de execução não inclui o prazo para prestação de contas.

### 4 - Objetivo Geral e Objetivo Específico

#### 4.1 - Geral: (o que se quer alcançar com o projeto)

Promover o atendimento multidisciplinar (Analista Comportamental, Pedagogo, Psicólogo, Psicopedagogo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, educador físico, Assistente Terapêutico) para pessoas com TEA para desenvolver a fala, habilidades acadêmicas, sociais, de autocuidado e ter autonomia de pessoas com Transtorno do Espectro Autismo (TEA). O projeto visa a diminuição de comportamentos considerados inadequados (por exemplo, estereotípias, auto lesivos e ecolalias).

A finalidade do projeto é prestar atendimento multidisciplinar para a pessoa com TEA. Para que possa ter autonomia, desenvolver a fala, habilidades acadêmicas, sociais, de autocuidado e autonomia de pessoas com Transtorno do Espectro Autismo (TEA).

O problema a se resolver é maximizar os comportamentos considerados a base para o aprendizado (sentar, esperar, imitar, manter contato visual, seguir instruções, identificar as partes do corpo, etc) para que a criança possa chegar na idade acadêmica escolar com bons comportamentos para facilitar a aprendizagem.



**ONG Espaço Azul**

Rua Marcolino Pelicano nº198, Vila Pelicano, São Carlos-SP. CEP: 13574-023  
 CNPJ: 18.443.436/0001-10 - Tel.: 3416-2258 - Email: ongespacoazul@gmail.com

2



#### 4.2 - Específicos:

##### O projeto Visa o atendimento com equipe multidisciplinar aos participantes:

- Realizar atendimento de Análise Comportamental (ABA) aos participantes do
- Realizar atendimento de Fonoaudiologia aos 25 participantes do projeto.
- Realizar atendimento de Psicopedagogia aos 25 participantes do projeto.

#### 5 - Metas e Resultados esperados:

##### 5.1 - Metas

A meta é prestar atendimento multidisciplinar para 25 participantes com TEA e garantir a frequência e participação de 85% dos participantes.

##### 5.2 - Resultados Esperados (o que se quer alcançar)

O resultado esperado é a frequência/participação efetiva de 85% nos participantes nos atendimentos, aferida através de carteirinha de frequência/participação assinada pelo profissional responsável, através das atividades desenvolvidas nos atendimentos com data e assinatura do profissional, por fotos ou vídeos.

#### 6 - Atividades Propostas:

- Realizar atendimento de fonoaudiologia aos 25 participantes, com sessões de 50 minutos cada, 1 ou 2 vezes por semana e ou de acordo a necessidade do participante.
- Realizar de Terapia Analista Comportamental (ABA), aos 25 participantes, com sessões de 50 minutos cada, 1 ou 2 vezes por semana e ou de acordo a necessidade do participante.
- Realizar atendimento de Psicoterapia, aos 25 participantes, com sessões de 50 minutos cada, 1 ou 2 vezes por semana e ou de acordo a necessidade do participante.
- Realizar atendimento de Psicopedagogia, aos 25 participantes, com sessões de 50 minutos cada, 1 ou 2 vezes por semana e ou de acordo a necessidade do participante.
- Realizar atendimento com a Pedagoga, aos 25 participantes, com sessões de 50 minutos cada, 1 ou 2 vezes por semana e ou de acordo a necessidade do participante.

ONG Espaço Azul

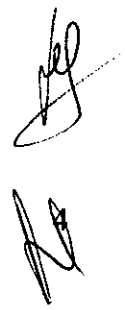
Rua Marcolino Pelicano nº198, Vila Pelicano, São Carlos-SP. CEP: 13574-023  
CNPJ: 18.443.436/0001-10 - Tel.: 3416-2258 - Email: ongespacoazul@gmail.com



**7 - Metodologia (como fazer o projeto, como será implementado, como serão desenvolvidas as atividades)**

1. Avaliação inicial do participante, familiares.
2. Desenvolver os programas (plano de ensino, o que ensinar) de atendimento individuais com base na avaliação realizada, e o repertório de vida que cada criança tem.
- 3 Aplicar os programas (plano de ensino, o que ensinar) definidos para cada participante.
- 4 Feedback com os responsáveis pelo participante.
- 5 Avaliação final.

As atividades serão desenvolvidas individualmente, com os participantes, com atendimentos de meia hora a uma hora semanal conforme a necessidade de cada participante.  
Os atendimentos ocorrerão na ONG.



**8 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)**

Meta	Etapa Fase	Especificação	Indicador Físico		Duração	
			Unidade	Quant.	Início	Término
1.	1. Avaliação do repertório inicial da criança.	1 Aplicação do roteiro de avaliações inicial de todos os programas de intervenções para os pais e participante.	25	25	A partir do recebimento da primeira parcela	1º mês
2.	2. Estabelecer os currículos /programa de atendimento	2 especificar as habilidades a serem ensinadas.	De 2 a 7 habilidades	25	2º mês	2º mês
3.	3. Especificação dos programas a serem ensinados	3. Aplicar as ações que foram especificadas em cada programa e definidas para cada pessoa com TEA.	De 2 a 7	25	3º mês	12º mês
4.	4 Feedback com os responsáveis pela pessoa com TEA.	4 Reunião com o responsável pela pessoa com TEA com um dos profissionais para feedback.	De 1 a 6	25	4º mês	12º mês
5	5 Avaliação final	5 avaliar se o objetivo de cada programa foi alcançado parcial ou completamente e indicar ações posteriores para cada pessoa com TEA	1 a 7	25	11º mês	12º mes


**ONG Espaço Azul**

 Rua Marcolino Pelicano nº198, Vila Pelicano, São Carlos-SP. CEP: 13574-023  
 CNPJ: 18.443.436/0001-10 - Tel.: 3416-2258 - Email: ongespacoazul@gmail.com



**9 - PLANO DE APLICAÇÃO (Previsão das despesas a serem realizadas na execução das atividades)**

Natureza das despesas/ Especificação	Prefeitura	Contrapartida	Total
Descrição das despesas a serem realizadas			
- Pagamento dos profissionais e encargos sociais (Analista Comportamental, Pedagogo, Psicólogo, Psicopedagogo, Fonoaudiólogo, Auxiliar de escritório, Supervisor do Projeto, Contador) Custos fixos: aluguel, água, luz internet	R\$ 308.925,33		R\$ 308.925,33
	R\$ 38.040,00		R\$ 38.040,00
Material de Escritório e expediente	R\$ 1.202,67		R\$ 1.202,67
Material de higiene e limpeza	R\$ 1.200,00		R\$ 1.200,00
Material Pedagógico	R\$ 2.658,00		R\$ 2.658,00
Equipamentos de processamento de dados,	R\$ 1.816,00		R\$ 1.816,00
Mobiliário em geral	R\$ 2.658,00		R\$ 2.658,00
Equipamento de áudio, vídeo e foto	R\$ 3.500,00		R\$ 3.500,00
<b>TOTAL GERAL</b> Somatório dos valores atribuídos	<b>R\$ 360.000,00</b>		<b>R\$ 360.000,00</b>

**10 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**
**Referente ao recurso a ser repassado pela Prefeitura**

1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00

7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00

**Contrapartida da entidade**

1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês

7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês

**TOTAL GERAL:**

**RS 360.000,00 (Trezentos e sessenta mil reais)**  
**Sendo: R\$ 360.000,00 (Trezentos e sessenta mil reais)**  
**- Recurso do Município**

**ONG Espaço Azul**

Rua Marcolino Pelicano nº198, Vila Pelicano, São Carlos-SP. CEP: 13574-023  
 CNPJ: 18.443.436/0001-10 - Tel.: 3416-2258 - Email: ongespacoazul@gmail.com



## 11- INSTALAÇÕES DA OSC e recursos humanos (capacidade instalada)

### 11.1 - Recursos Humanos

Todos os profissionais no momento são voluntários.

- 01 coordenador
- 02 psicólogas
- 02 psicopedagogas
- 01 pedagoga
- 01 Analista Comportamental
- 01 TO

### 11.2 - Instalações Físicas

- 05 salas
- 01 cozinhas
- 03 banheiros

### 11.3 - Equipamentos:

- 02 computadores
- 01 impressoras
- 02 notes books
- 02 tabletes
- 01 plastificadora
- 01 geladeira
- 01 micro-ondas

### 11.4 - Mobiliários

- 02 armários
- 01 arquivo
- 08 mesas
- 15 cadeiras
- 01 sofá

## 12 - Monitoramento/Avaliação e Indicadores para aferição do cumprimento das metas e dos resultados

### 12.1 - Monitoramento e Avaliação (metodologia proposta para o acompanhamento das ações através de instrumentais, o que será avaliado, como será feita a avaliação, qual a periodicidade, quem participará, quem será o responsável)

A meta de atender 25 crianças, a avaliação será por meio do cartão de presença, o cumprimento dos objetivos e das ações através de registros de atividade e atendimento individual de cada participante, a participação através do cartão de presença, a satisfação dos participantes poderá ser avaliada através de reavaliação dos participantes e registro do feed back com os responsáveis.

### 12.2 - Indicadores de aferição do cumprimento das metas e dos resultados e meios de verificação: (avalia se as metas e o objetivo geral foram alcançados

O cumprimento da participação será aferido através do cartão de presença individual, com data e assinatura do profissional que o atendeu. As metas e resultados através das atividades aplicadas, cada participante terá uma pasta individual. Espera se que 85% das crianças participe ativamente dos atendimentos.

ONG Espaço Azul

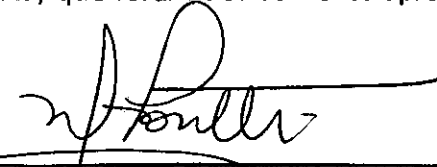
Rua Marcolino Pelicano nº198, Vila Pelicano, São Carlos-SP. CEP: 13574-023  
CNPJ: 18.443.436/0001-10 - Tel.: 3416-2258 - Email: ongespacoazul@gmail.com



### 13 - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da OSC proponente, **declaro**, sob as penas da lei, que a entidade apresentou as prestações de contas de valores repassados em exercícios anteriores pela Administração pública municipal direta e indireta, que foram devidamente aprovadas, não havendo nada a regularizar ou valor a ressarcir.

São Carlos, 10 novembro 2017  
Local e Data

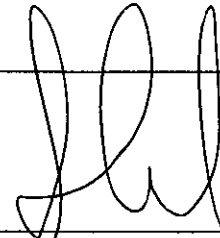
  
Proponente  
(Representante legal da OSC Proponente)

### 14 - APROVAÇÃO PELA SECRETARIA MUNICIPAL

Não preencher (reservado à Secretaria Municipal pertinente)

Aprovado

São Carlos, 15 de novembro 2017  
Local e Data

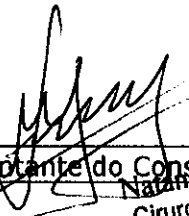
  
Secretário ou responsável

### 15 - APROVAÇÃO PELO CONSELHO MUNICIPAL PERTINENTE

Não preencher (reservado ao Conselho Municipal pertinente, se couber)

Aprovado

São Carlos, 09/11/17  
Local e Data

  
Representante do Conselho Municipal de Saúde  
Natalina Alves da Silva  
Cirurgião Dentista / SMS

**OBS.: Deverá constar do Plano de Trabalho identificação e justificativa para o pagamento de despesas em espécie, quando for o caso, na forma do § 2º do art. 53 da Lei 13.019/14.**  
**ATENÇÃO:** As notas explicativas em vermelho, apresentadas ao longo do modelo, traduzem-se em orientações e devem ser excluídas após as adaptações realizadas, incluindo este quadro.