



**ANEXO I**  
**PLANO DE TRABALHO**  
**(FMAS – Termo de Colaboração)**

(exigência do Marco regulatório 3º Setor (Art. 22 da Lei nº 13.019/2014, alterada pela Lei nº 13.204/2015))

**1. DADOS CADASTRAIS DA OSC**

**1.1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC**

Nome da OSC: Associação dos Amigos dos Autistas de Itu		CNPJ: 67.357.178/0001-65	
Logradouro (Rua, Avenida, Praça): Avenida Carolina Cardin Piunti, 250			
Bairro: Jardim Padre Bento		Cidade: Itu	CEP: 13.313-130
E-mail: associacaoamai@bol.com.br		Telefone: 11- 4022-6698	
Data da Fundação: 19/06/1993		Site/Blog/Outros:	
Autorização de Funcionamento (nº, data e órgão expedidor): AVCB Nº 630855, 28/02/2026- Corpo de Bombeiros   Nº CEVS: 352390901-880-000011-1-2, 10/11/2024- Vigilância Sanitária			

**1.2. RESPONSÁVEL LEGAL PELA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC**

Nome: Eduardo Bugni		CPF: 489.216.028-87	
RG: 3.943.088-1	Órgão Expedidor: SSP/SP	E-mail:	
Área de Formação:		Cargo: Presidente	
Telefone Fixo: (11) 2429-1129		Celular: (11) 99982-9551	

**1.3. RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL – OSC**

Nome: Michelle Maschietto Alves de Bernardes		CPF: 318.125.938-13	
RG: 40.932.494-2	Órgão Expedidor: SSP/SP	E-mail: mimaschietto@yahoo.com.br	
Área de Formação: Serviço Social		Cargo: Diretora Superintendente	
Telefone Fixo: 11 – 4022-4859		Celular: 11 – 96303-5512	



## 2. DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO

<b>TÍTULO:</b> Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência e suas Famílias.		
<b>PERÍODO DE EXECUÇÃO</b>	<b>INÍCIO:</b> Janeiro/2024	<b>TÉRMINO:</b> Dezembro/2024
<b>PÚBLICO-ALVO BENEFICIÁRIO:</b> Crianças, adolescentes e adultos com TEA (Transtorno do Espectro Autista).		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:</b> Fortalecimento da rede de Proteção Social Especial de Média Complexidade por meio da parceria entre a Administração Pública e a Organização da Sociedade Civil para execução do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência.		

## 3. DESCRIÇÃO DA REALIDADE QUE SERÁ OBJETO DA PARCERIA

A Associação Amigos Dos Autistas de Itu – AMAI, conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, presta Serviço de Proteção Social Especial de Média complexidade para Pessoas com Deficiência e suas famílias, que se encontram, na sua maioria, em situação de vulnerabilidade, risco social e ou violação de direitos. O precário acesso aos bens e serviços da rede de proteção e a fragilização de vínculos familiares e comunitários ocasionam os usuários e suas famílias condições de isolamento social, negligência ou superproteção de cuidados, sobrecarga do cuidador e desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da criança, adolescente e adultos com TEA (Transtorno do Espectro Autista).

A AMAI através das ações desenvolvidas têm como objetivo identificar as necessidades e apoiar as famílias e usuários, promover a autonomia e independência do portador de TEA, a acesso a informação e direitos sociais, empoderamento, emancipação das famílias, visando à melhoria da qualidade de vida e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.



#### **4. JUSTIFICATIVA**

A Associação dos Amigos Autista de Itu tem como finalidade prestar atendimento às pessoas portadoras do Transtorno do Espectro Autista (TEA) de Itu. Para atingir seus objetivos a AMAI estrutura e desenvolve um programa de assistência integral por meio de ações planejadas por equipe interdisciplinar e multiprofissional nas áreas de Psicologia, Fisioterapia, Equoterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Assistência Social, monitores, auxiliar de monitor, diretora técnica, seguindo um plano individual e familiar, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida, bem como a garantia de acesso a bens e serviços do sistema de direitos.

A celebração do Termo proposto insere-se em projeto cujo objetivo é aperfeiçoar o atendimento especializado disponibilizado pela instituição ao público alvo e suas famílias.

O valor estimado do Termo corresponderá a 135 assistidos/mês com atendimento totalmente gratuito, em regime parcial, por 12 meses.

#### **5. OBJETIVO GERAL DA PARCERIA**

Aperfeiçoar o atendimento especializado as pessoas com Transtorno do Espectro Autista e suas famílias.

#### **6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1 - Apoiar à família na sua função protetiva, mobilização e fortalecimento do convívio familiar e comunitário;
- 2 - Promover autonomia, independência e a melhoria da qualidade de vida.



## 7. RECURSOS HUMANOS

<b>RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS PARA A EXECUÇÃO DO OBJETO</b>					
<b>Quant</b>	<b>Cargo/Função</b>	<b>Formação</b>	<b>Carga horária</b>	<b>Vínculo</b>	<b>Salário</b>
01	Assistente Social	Serviço Social	CLT	30 hs/semanais	R\$ 4.024,50
01	Diretora administrativa	Ensino superior completo	CLT	30 hs/semanais	R\$ 8.296,65
01	Diretora Técnica	Ensino superior completo	CLT	30 hs/semanais	R\$ 7.505,61
01	Coordenadora Técnica	Ensino superior completo	CLT	32 hs/semanais	R\$ 4.908,15
01	Assistente administrativo	Ensino superior completo	CLT	40 hs/semanais	R\$ 3.158,86
01	Auxiliar de Escritório	Ensino médio completo	CLT	40 hs/semanais	R\$ 2.189,11
02	Serviços Gerais	Ensino fundamental	CLT	40 hs/semanais	R\$ 1.614,42
01	Fonoaudióloga	Ensino superior completo	CLT	30 hs/semanais	R\$ 4.285,82
02	Fisioterapeuta	Ensino superior completo	CLT	30 hs/semanais	R\$ 4.033,97
03	Psicóloga	Ensino superior completo	CLT	30 hs/semanais	R\$ 4.285,82
01	Terapeuta Ocupacional	Ensino superior completo	CLT	30 hs/semanais	R\$ 4.285,82
01	Enfermeiro	Ensino superior completo	CLT	30 hs/semanais	R\$ 4.285,82
01	Auxiliar de Monitor	Ensino médio completo	CLT	40 hs/semanais	R\$ 1.702,73
08	Auxiliar de Monitor	Ensino superior incompleto	CLT	40 hs/semanais	R\$ 1.702,73
04	Auxiliar de Monitor	Ensino superior completo	CLT	40 hs/semanais	R\$ 1.702,73
04	Monitor	Ensino superior completo	CLT	40 hs/semanais	R\$ 2.189,11
01	Equoterapeuta	Ensino superior completo	CLT	44 hs/semanais	R\$ 3.600,00
01	Condutor Equoterapia	Ensino fundamental	CLT	40 hs/semanais	R\$ 2.325,02
01	Cozinheira	Ensino médio completo	CLT	30 hs/semanais	R\$ 2.408,02



## 8. DESCRIÇÃO DAS METAS E ATIVIDADES A SEREM EXECUTADAS E FORMA DE EXECUÇÃO

### OBJETIVO ESPECÍFICO 1:

Apoiar à família na sua função protetiva, mobilização e fortalecimento do convívio familiar e comunitário.

**META:** Ofertar atendimento individual e grupal semanalmente as 135 famílias que necessitem do serviço.

**PRAZO DE EXECUÇÃO:** 12 meses

AÇÕES/ATIVIDADES	FORMA DE EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL TÉCNICO NA OSC	PREVISÃO DE INÍCIO E TÉRMINO
Acolher individualmente, propiciando a escuta dos usuários.	Agendamento prévio com o Serviço Social.	Assistente Social	Diariamente
Identificar o contexto familiar, promovendo as intervenções necessárias.	Realização de visitas domiciliares	Assistente Social e um profissional da área técnica	Contínuo
	Preenchimento do formulário do perfil socioeconômico	Assistente Social	Semestral
Mobilizar as famílias para desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social comunitária.	Articulação com os demais serviços para divulgação de eventos de cultura, esporte, lazer, entre outros.	Serviço Social	Mensal
	Parcerias com empresas privadas para promoção de eventos festivos.	Serviço Social	Abril Maio Setembro Outubro Dezembro
Orientar e encaminhar as famílias ao acesso de bens e direitos socioassistenciais.	Participação do profissional das discussões e desenho das políticas públicas por meios dos conselhos de direitos, fóruns e palestras.	Assistente Social	Mensalmente
	Encaminhamento para outros serviços da rede protetiva.	Assistente social e equipe técnica	Contínuo
	Orientação no acesso ao BPC LOAS, Cadastro Único e aos benefícios eventuais ofertados no município.	Assistente Social	Contínuo



Realizar grupos de pais/ e ou responsáveis que promovam troca de experiências.	Reuniões psicossociais com temas abordados pela família.	Assistente Social e psicóloga	Mensal
	Palestras com profissionais das áreas de maior interesse das famílias.	Assistente Social, psicólogo e profissional da área.	Trimestral

## OBJETIVO ESPECÍFICO 2:

Promover autonomia, independência e a melhoria da qualidade de vida;

**META:** Ofertar atendimento especializado por equipe multiprofissional e interdisciplinar para 135 crianças, adolescentes e adultos com *Transtorno do Espectro Autista (TEA)* e suas famílias, através do serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência e suas famílias.

**PRAZO DE EXECUÇÃO:** Janeiro 2024 a dezembro 2024.

AÇÕES/ATIVIDADES	FORMA DE EXECUÇÃO	RESPONSÁVEL TÉCNICO NA OSC	PREVISÃO DE INÍCIO E TÉRMINO
Elaborar plano individual e familiar de atendimento, apontando as potencialidades e dificuldades de cada usuário.	Preenchimento do Plano de Atendimento Individual	Serviço Social e equipe técnica	Semestral
Elaborar cronograma de atividades nas áreas de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, equoterapia, terapia ocupacional e serviço social.	Preenchimento do cronograma da rotina dos atendimentos diários	Serviço Social e equipe técnica	Anual

## 9. PARÂMETROS A SEREM UTILIZADOS PARA AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

METAS	AÇÕES/ATIVIDADES	INDICADOR	COMO SERÁ COMPROVADO
Ofertar atendimento individual e grupal semanalmente as 135 famílias que necessitem do serviço.	Acolher individualmente, propiciando a escuta dos usuários.	135 famílias atendidas	Registro em relatório familiar.
	Identificar o contexto familiar, promovendo as intervenções necessárias.	135 famílias atendidas	Elaboração de relatórios e preenchimento de formulários.



	Mobilizar as famílias para desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social comunitária.	Redução da sobrecarga da família nos cuidados diários	Registro fotográfico, Lista de presença Relatórios
	Orientar e encaminhar as famílias ao acesso de bens e direitos socioassistenciais.	Redução das violações dos direitos socioassistenciais	Registro dos encaminhamentos em prontuário
	Realizar grupos de pais/ e ou responsáveis que promovam troca de experiências.	Números de reuniões realizadas	Ata das reuniões e lista de presença
Ofertar atendimento especializado por equipe multiprofissional e interdisciplinar para 135 crianças, adolescentes e adultos com TEA e suas famílias, através do serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência e suas famílias.	Elaborar plano individual e familiar de atendimento, apontando as potencialidades e dificuldades de cada usuário.	Número de planos elaborados	Planos preenchidos pelo Serviço Social e equipe técnica
	Elaborar cronograma de atividades nas áreas de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, equoterapia, terapia ocupacional e serviço social.	Melhoria da qualidade de vida	Relatório de evolução individual

## 10. PREVISÃO DE RECEITAS ABRANGIDAS PELA PARCERIA

ORIGEM	VALOR
REPASSE	36.000,00
CONTRAPARTIDA (SE HOVER)	00,00
<b>TOTAL</b>	<b>36.000,00</b>

## 11. PLANO DE APLICAÇÃO DAS DESPESAS

NATUREZA DA DESPESA	PREVISÃO		ORIGEM DOS RECURSOS
	ANUAL	OSC	PREFEITURA
Recursos Humanos - salário e encargos trabalhista da Assistente Social	36.000,00	0,00	36.000,00
Total:	36.000,00	0,00	36.000,00

### 11.1. DETALHAMENTO DAS DESPESAS

Preencher a Planilha **ANEXO I – DETALHAMENTO DAS DESPESAS DO PLANO DE APLICAÇÃO.**



Importante: Observar que a coluna origem dos recursos - Prefeitura - representa as despesas que serão apresentadas nas Prestações de Contas. Só poderão ser apresentadas nas Prestações de Contas as despesas previstas.

## 12. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (A SER PREENCHIDO PELO MUNICÍPIO)					
1ª parcela	2ª parcela	3ª parcela	4ª parcela	5ª parcela	6ª parcela
0,00	6.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00
7ª parcela	8ª parcela	9ª parcela	10ª parcela	11ª parcela	12ª parcela
3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00

## 13. PRESTAÇÃO DE CONTAS

DESCRIÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS	PERIODICIDADE	PRAZO PARA SUA APRESENTAÇÃO
Prestação de Contas Parcial	Mensal	Até o dia 05 do mês subsequente
Prestação de Contas Semestral	Semestral	Até o dia 31 de julho
Prestação de Contas Anual/Final	Anual	Até 31 de março do exercício subsequente

A prestação de contas mensal será encaminhada mediante apresentação da documentação descrita no Termo de Colaboração.

A prestação de contas semestral e final serão encaminhadas nos moldes do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, mediante solicitação via ofício pela Secretaria de Promoção e Desenvolvimento Social.



## 14. DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Na qualidade de representante legal da declaro, para fins de prova junto a **Secretaria de Promoção e Desenvolvimento Social - SEMPRODES**, para os efeitos e sob as penas da Lei, que:

- A entidade preenche os requisitos mínimos para o seu enquadramento como beneficiário de parceria com o Município, conforme exigidos pela Lei de Diretrizes Orçamentárias vigentes;
- A entidade irá receber e movimentar recursos exclusivamente em conta específica aberta somente para fins desta parceria.
- Inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a realização deste termo ou qualquer instrumento legal com a Prefeitura da Instancia Turística de Itu, na forma deste plano de trabalho.
- Nossos diretores e respectivos cônjuges ou companheiros não são membros da administração municipal. (Art.39, III da Lei 13.019/14).

Pede e espera deferimento.

Itu, 22 de dezembro de 2024.

---

Eduardo Bugni  
Presidente



## 15. APROVAÇÕES

<b>SECRETÁRIO(A) MUNICIPAL DE PROMOÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL</b>	
Nome:	
Aprovado ( )    Reprovado ( )	
Itu, ____/____/____	_____ Assinatura

<b>GESTOR DA PARCERIA</b>	
Nome:	
Aprovado ( )    Reprovado ( )	
Itu, ____/____/____	_____ Assinatura

<b>COMISSÃO DE SELEÇÃO</b>	
Nome:	
Aprovado ( )    Reprovado ( )	
Itu, ____/____/____	_____ Assinatura

Nome:	
Aprovado ( )    Reprovado ( )	
Itu, ____/____/____	_____ Assinatura

<b>CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>	
Nome do Presidente:	
Aprovado ( )    Reprovado ( )	
Itu, ____/____/____	_____ Assinatura