



PLANO DE TRABALHO

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

| I - IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL (OSC) | | | |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------|
| Nome Associação dos Amigos dos Autistas de Itu | | CNPJ 67.357.178/0001-65 | |
| Logradouro (Avenida, Rua, Rod.) Avenida Carolina Cardin Piunti,250 | | | |
| Bairro Jardim Padre Bento | | Cidade Itu | CEP 13.313-130 |
| E-mail da Instituição associacaoamai@bol.com.br | | Home Page/Site | |
| Telefone (11) 4022-4859 | Telefone (11) 4022-6698 | Telefone () | |
| Conta Corrente 67.039-1 | Banco Banco do Brasil | Agência 0354-9 | |
| Nome do responsável legal pela OSC José Maria de Almeida Sampaio | | | CPF 053.873.108-72 |
| Nº RG 5.492.252-5 | Órgão Expedidor SSP/SP | Cargo ocupado Presidente | |
| Endereço Rua Ceará, nº 21 Bairro Brasil Itu-SP CEP: 13.301-850 | | | |
| Telefone (11) 4022-1301 | Celular (11) 99923-0701 | Email sampaioandrietta@gmail.com | |
| Nome do responsável técnico Ana Paula Festa Morari Paolucci | | | |
| Área de Formação Terapia Ocupacional | | Nº do Registro no Conselho Profissional CREFITO 3/3041 | |
| Telefone (11) 4022-4859 | Celular (11) 97451-5215 | Email apmorari5@gmail.com | |

II - DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO

Identificação do Objeto

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, coordenadora pedagógica, diretora técnica, seguindo um plano individual e familiar, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida.

O projeto visa à aquisição do Laser DMC Therapy EC de baixa potência, como um recurso terapêutico e facilitador durante o processo de reabilitação da pessoa portadora do Transtorno do Espectro Autista que apresentam atraso na deglutição, seletividade alimentar e alterações de tônus muscular. A disfunção da articulação pode se tornar crônica durante a evolução da patologia, pode vir acompanhada de dores cervicais, dificuldades na fala e mastigação, todos esses sintomas reduzem a qualidade de vida da pessoa com TEA. A intervenção com LBP juntamente com os exercícios miofuncionais, visa reduzir a dor, a tensão muscular, resgatar a amplitude de abertura de cavidade oral, bem como os movimentos mandibulares necessários às funções orais, para que o assistido as realize sem tensão, de forma natural e equilibrada.

O ambiente institucional proporciona desafios únicos, relacionados a diversidade dos graus de comprometimento do autismo e para aqueles com mobilidade reduzida são ainda maiores. No entanto, a adequação do espaço com a aquisição de poltronas e mesas que proporciona não só uma condição de acessibilidade, como cria condições seguras, promovendo a adequação postural com alinhamento biomecânico, auxilia na melhora das funções fisiológicas e conforto, previne deformidades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos assistidos. E a aquisição dos aparelhos massageadores visa a estimulação proprioceptiva e tátil aos assistidos que apresentam hipossensibilidade tátil, promovendo alívio de estresse e da dor.

O valor estimado do Projeto corresponderá a 140 assistidos/mês com atendimento totalmente gratuito, em regime parcial, por 12 meses.

Período de Execução

Data de início

Data de Conclusão

01/06/2020

31/12/2020

Público alvo beneficiário

Crianças, adolescentes com TEA (Transtorno do Espectro Autista)



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. Através das ações desenvolvidas, tem como objetivo promover a autonomia e independência dos assistidos, bem como atendimento familiar de orientação e encaminhamentos à acesso de bens e serviços da rede de proteção, promovendo a melhoria da qualidade de vida e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Objetivo Geral

- Aquisição de uma poltrona e mesas adaptadas
- Aquisição de aparelho de massagem
- Aquisição do Laser DMC Therapy EC de baixa potência

Objetivos Específicos

- Criar um ambiente adaptado e seguro para crianças, jovens e adultos com TEA (Transtorno do Espectro Autista) que apresentam mobilidade reduzida.
- Ofertar atendimento utilizando do LBP (laser de baixa potência) como um recurso terapêutico e facilitador durante o processo de reabilitação de crianças, jovens e adultos com TEA (Transtorno do Espectro Autista) que apresentam atraso na deglutição, seletividade alimentar, alterações de tônus muscular.
- Utilizar como recurso terapêutico o aparelho de massagem em crianças, jovens e adultos com TEA (Transtorno do Espectro Autista) que apresentam hipossensibilidade tátil.

III - RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS PARA A EXECUÇÃO DO OBJETO

| Quant. | Cargo/Função | Formação | Carga horária | Vínculo |
|---------------|-------------------------|--------------------------|----------------------|----------------|
| 01 | Assistente Social | Serviço Social | 30 hs/semanais | CLT |
| 01 | Diretora administrativa | Ensino superior completo | 30 hs/semanais | CLT |



| | | | | |
|----|---------------------------|----------------------------|----------------|-----|
| 01 | Diretora Técnica | Ensino superior completo | 30 hs/semanais | CLT |
| 01 | Assistente administrativo | Ensino superior completo | 40 hs/semanais | CLT |
| 01 | Auxiliar de Escritório | Ensino médio completo | 40 hs/semanais | CLT |
| 02 | Serviços Gerais | Ensino fundamental | 40 hs/semanais | CLT |
| 01 | Fonoaudióloga | Ensino superior completo | 30 hs/semanais | CLT |
| 01 | Fonoaudióloga | Ensino superior completo | 22 hs/semanais | CLT |
| 02 | Fisioterapeuta | Ensino superior completo | 30 hs/semanais | CLT |
| 01 | Fisioterapeuta | Ensino superior completo | 20 hs/semanais | CLT |
| 04 | Psicóloga | Ensino superior completo | 30 hs/semanais | CLT |
| 03 | Terapeuta Ocupacional | Ensino superior completo | 30 hs/semanais | CLT |
| 01 | Terapeuta Ocupacional | Ensino superior completo | 25 hs/semanais | CLT |
| 01 | Terapeuta Ocupacional | Ensino superior completo | 21 hs/semanais | CLT |
| 01 | Enfermeiro | Ensino superior completo | 30 hs/semanais | CLT |
| 03 | Auxiliar de recreação | Ensino superior incompleto | 40 hs/semanais | CLT |
| 02 | Auxiliares de Monitores | Ensino médio completo | 40 hs/semanais | CLT |
| 04 | Auxiliares de Monitores | Ensino superior incompleto | 40 hs/semanais | CLT |
| 03 | Auxiliar de Monitor | Ensino superior completo | 40 hs/semanais | CLT |
| 05 | Monitor | Ensino superior completo | 40 hs/semanais | CLT |



| | | | | |
|----|---------------------------------|----------------------------|----------------|------|
| 01 | Condutor Equoterapia | Ensino fundamental | 44 hs/semanais | CLT |
| 01 | Cozinheira | Ensino médio completo | 40 hs/semanais | CLT |
| 01 | Estagiaria Assistente Social | Ensino superior incompleto | 30 hs/semanais | CIEE |

IV – METAS E RESULTADOS ESPERADOS

Metodologia e Abordagem da Proposta

O projeto será executado a partir de:

- Orçamento – apresentação de três (3) orçamentos para avaliação e aprovação;
- Organização do espaço – O local proposto para instalação;
- Pagamento;
- Instalação dos equipamentos.

Resultados esperados

Espera-se que a abordagem dos aspectos relacionados ao atendimento da pessoa com TEA e suas comorbidades sirva de subsídio para ações da equipe multidisciplinar, tendo como resultado final a melhora ou a manutenção da saúde física e mental, qualidade de vida ,bem como o desenvolvimento de sua autonomia e inclusão social.

CRONOGRAMA FÍSICO DE EXECUÇÃO DO OBJETO

| METAS A SEREM ATINGIDAS | ESPECIFICAÇÃO (ações/atividades) | INDICADORES DE AFERIÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS METAS | MEIOS DE VERIFICAÇÃO | PERÍODO DE VERIFICAÇÃO |
|---|--|---|---|------------------------|
| Meta 01: Criar um ambiente adaptado e seguro para crianças, jovens e adultos com TEA (Transtorno do Espectro Autista) que apresentam mobilidade reduzida, favorecendo o desenvolvimento neuropsicomotor. | Adequar o ambiente com poltronas e mesas adaptadas às necessidades dos assistidos. | Adequar à postura corporal, promovendo melhor resposta a estimulação | Elaboração de relatórios de avaliação/evolução | Semestral |
| | | Melhora na condição física | Elaboração de relatórios de avaliação/evolução | Semestral |
| Meta 02: Ofertar atendimento utilizando do LBP (laser de baixa potência) como um recurso terapêutico e facilitador durante o processo de reabilitação de crianças, jovens e adultos com TEA (Transtorno do Espectro Autista) que apresentam atraso na deglutição, seletividade alimentar, alterações de tônus muscular. | Aplicar o Laser de Baixa Potência, contribuindo para a melhora da sensibilidade intraoral em usuário com atraso na deglutição, seletividade alimentar e alterações de tônus muscular | Reduzir sensibilidade de cavidade oral, reflexo de vômito anteriorizado | Elaboração de relatórios de avaliação/evolução | Semestral |
| | | Diminuir seletividade alimentar | Indicadores/protocolo de avaliação fonoaudiológica e terapia ocupacional. | Anual |
| | | Melhora do tônus muscular | Indicadores/protocolo de avaliação fonoaudiológica e fisioterapia | Anual |
| Meta 03: Utilizar como recurso terapêutico o aparelho de massagem em crianças, jovens e adultos com TEA (Transtorno do Espectro Autista) que apresentam hipossensibilidade tátil. | Promover estimulação proprioceptiva e tátil utilizando como recurso terapêutico o aparelho de massagem. | Favorecer respostas proprioceptivas e sensoriais | Registro de avaliação sensorial | Anual |
| | | Diminuir hipossensibilidade tátil, e reduzir o stress e dor | Registro de avaliação sensorial | Anual |



V - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

| Metas | Natureza da despesa (custeio: 3.3.50.43) | Origem do recurso (repasso) | Valor Anual |
|--------------|--|--------------------------------|-------------|
| | Recursos humanos (salários, encargos) | | |
| | Recursos humanos (autônomos e pessoa jurídica) | | |
| | Gêneros alimentícios | | |
| | Outros materiais de consumo | | |
| | Outros serviços de terceiros | | |
| | Combustível | | |
| | Utilidade pública (energia elétrica, água e esgoto, gás, telefone e internet). | | |
| TOTAL | | | |

Natureza das Despesas: Investimento equipamentos/materiais permanente (4.4.50.42)

| NOME/ESPECIFICAÇÃO | QUANTIDADE | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL |
|--|------------|-----------------|------------------|
| Sofá adaptado tamanho G - Courvin, com rodízios e reclinô. | 02 | 940,00 | 1.880,00 |
| Poltrona Adaptada com rodízios | 01 | 1.865,26 | 1.865,26 |
| Mesa escolar adaptada imantada | 02 | 907,00 | 1.614,00 |
| Massageador para pernas multi esferas Ortho Pauher | 06 | 53,00 | 318,00 |
| Massageador térmico, vibratório e acupressão Ortho Pauher | 06 | 79,00 | 474,00 |
| Therapy EC - Laser Terapêutico sem fio. | 01 | 4.280,00 | 4.280,00 |
| TOTAL | | 8.124,26 | 10.431,26 |

VI- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$)

| Meta | JAN | FEV | MAR | ABR | MAIO | JUN |
|----------------|-----|-----|-----|-----|------|-----------|
| Exercício 2020 | | | | | | 10.431,26 |

| Meta | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Exercício 2020 | | | | | | |

VII- PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas final será encaminhada até 31 de março do exercício subsequente nos moldes do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.



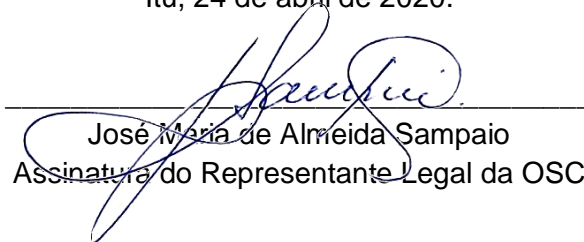
VII - DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

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, 24 de abril de 2020.


José Maria de Almeida Sampaio
Assinatura do Representante Legal da OSC



VII - APROVAÇÕES

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

NOME : _____

Aprovado () Reprovado ()

Itu, ____ de de 20___. ASSINATURA: _____

GESTOR DO PARCERIA

NOME _____

Aprovado () Reprovado ()

Itu, _____ de e 20___. ASSINATURA: _____