

## PLANO DE TRABALHO

|  |  |                                    |                          |
|--|--|------------------------------------|--------------------------|
| <b>1. DADOS CADASTRAIS</b>   |  |                                    |                          |
| <b>NOME DA INSTITUIÇÃO:</b><br>MANDALA - ASSOCIAÇÃO PRÓ-AUTISMO DE CANDELÁRIA                    |  | <b>CNPJ:</b><br>29.103.068/0001-88 |                          |
| <b>ENDEREÇO:</b><br>Avenida Pereira Rego nº 1032 sala 2  |  |                                    |                          |
| <b>BAIRRO:</b><br>Centro   | <b>CIDADE:</b><br>Candelária                                 | <b>U.F.:</b><br>RS                 | <b>CEP:</b><br>96930-000 |
| <b>E-MAIL:</b><br><a href="mailto:mandala.candelaria@gmail.com">mandala.candelaria@gmail.com</a> | <b>TELEFONE:</b><br>51-80157227 ou 51-96246533               |                                    |                          |
| <b>NOME DO DIRIGENTE RESPONSÁVEL:</b><br>Adriano Chagas Barragan                                 |  | <b>CPF:</b><br>540.758.580-49      |                          |
| <b>PERÍODO DE MANDATO:</b><br>2023/2025  | <b>CARTEIRA DE IDENTIDADE/ÓRGÃO EXPEDIDOR:</b> 049995 SSP/RS | <b>CARGO:</b><br>Presidente        |                          |
| <b>ENDEREÇO:</b><br>Rodovia RSC 287, Km 1414,4 nº 3990 - Bairro Boa Vista                        |  | <b>CEP:</b><br>96930-000           |                          |

|  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| <b>2. PROPOSTA DE TRABALHO</b>   |                             |                              |
| <b>NOME DO PROJETO:</b><br>Atendimentos especializados de terapia familiar para crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista (TEA).  | <b>PRAZO DE EXECUÇÃO</b>    |                              |
|  | <b>INÍCIO</b><br>15/07/2024 | <b>TÉRMINO</b><br>15/11/2024 |
| <b>PÚBLICO ALVO:</b><br>Crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista (TEA).  |                             |                              |
| <b>OBJETO DO CONVENIO:</b><br>Promover atendimentos especializados de terapia familiar para crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista (TEA), cadastrados junto a Mandala- Associação Pró- Autismo de Candelária.  |                             |                              |
| <b>DESCRIÇÃO DA REALIDADE QUE SERÁ OBJETO DO CONVÊNIO:</b><br>A Mandala Associação Pró Autismo de Candelária, foi criada em 21 outubro de 2017 é uma organização da sociedade civil, destinada ao bem comum sem fins lucrativos, possui caráter assistencial, tendo em sua natureza o atendimento exclusivo à famílias e pessoas com TEA (Transtorno do espectro do autismo) e/ou com comorbidades associadas. Desde a sua criação a diretoria da entidade é |                             |                              |

composta por pais e amigos de autistas, sendo que todos prestam trabalho voluntário frente às atividades desenvolvidas e conta com a participação da sociedade, de empresas e do poder Executivo e Legislativo Municipal. Na busca de ofertar atendimentos de qualidade especializados em TEA, o presente convênio visa subsidiar os recursos necessários para ajudar as famílias a terem o suporte básico, atendendo as necessidades dos indivíduos atendidos.

#### **JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO:**

- Mandala Associação Pró Autismo de Candelária há algum tempo vem contribuindo a comunidade, na medida que seus projetos são exclusivamente voltados para o grupo de autistas, desse modo o resultado é satisfatório e positivo, na melhoria da qualidade de vida dos atendidos e suas famílias.

-Importante ressaltar que este convênio vem auxiliar o Poder Público na missão de desafogar o Sistema Único de Saúde, pois viabiliza atendimentos especializados nas mais diversas áreas a indivíduos com TEA.

-Destacamos que o convênio visa promover atendimentos especializados e qualificados para crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista (TEA), cadastrados junto a Mandala Associação Pró Autismo de Candelária, por meio de contratação de serviços de terapia familiar.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. GERAIS**

- a) Viabilizar o desenvolvimento do indivíduo com Transtorno do Espectro do Autismo, no que diz respeito às suas habilidades pessoais, subjetivas, cognitivas, sociais ou outras.
- b) Oferecer atendimentos especializados as crianças e adolescentes com TEA, buscando assim oportunizar acesso ao atendimento de saúde e outros.
- c) Contribuir na construção de uma sociedade mais justa e igualitária, dando suporte a todos que não possuem condições financeiras para realização de tratamento específico.
- d) Dar continuidade aos atendimentos especializados oferecidos pela Mandala Associação Pró Autismo de Candelária.

#### **3.2. ESPECÍFICOS**

- Oportunizar a todos o desenvolvimento da comunicação;
- Desenvolver autonomia da criança e adolescente com (TEA);
- Trabalhar as estimulações sensoriais;
- Promover o acesso aos direitos sociais e seu bem estar, assegurando o pleno exercício da cidadania;
- Oferecer atendimento em saúde visando a melhoria na qualidade de vida, aumentando potencialidades laborais, na busca por independência nas atividades da vida diária dos atendidos.



#### 4. METODOLOGIA

##### FORMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES OU DOS PROJETOS E DE CUMPRIMENTO DAS METAS.

###### - SERVIÇOS DE TERAPIA FAMILIAR:

- A terapia familiar visa utilizar-se das atividades como recurso terapêutico. Pode-se entender como atividade os elementos componentes do fazer humano em seu cotidiano: deste modo são utilizadas atividades expressivas, músicas, jogos e brincadeiras. A relação estabelecida na terapia familiar é a formação de vínculo e a utilização das atividades, podendo ser escolhidas de acordo com os objetivos pretendidos, sejam estes de habilitação, reabilitação, promoção e prevenção física, psicológica e/ou social. Os serviços de terapia familiar serão realizados conforme cronograma/agendamento prévio, de acordo com as necessidades da Associação e seus atendidos.

#### 5. METAS E RESULTADOS ESPERADOS

##### 5.1 - DESCRIÇÃO DAS METAS E DE ATIVIDADES OU PROJETOS A SEREM EXECUTADOS, DE ACORDO COM O CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FÍSICA DO OBJETO:

###### METAS 1– SERVIÇOS DE TERAPIA FAMILIAR

Promover o atendimento especializado às crianças e/ou adolescentes com TEA, a fim de proporcionar uma melhora na saúde física, mental e na qualidade de vida desses indivíduos, bem como o desenvolvimento da autonomia e inclusão social dos mesmos.

##### 5.2 - RESULTADOS ESPERADOS:

- a) Melhora na qualidade de vida;
- b) Melhora na saúde física e mental;
- c) Estimular a autonomia e inclusão social;
- d) Melhora no Aprendizado

##### 5.3 - PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS:

Avaliação por meio de parecer individual descritivo elaborado pelo profissional prestador do serviço.

#### 5.4. – DESCRIÇÃO DAS AÇÕES

| Meta                                     | Ações  |
|--|--|
| 1<br>ATENDIMENTOS DE<br>TERAPIA FAMILIAR | 1 Melhorar o desempenho funcional de cada indivíduo, trabalhar como facilitador para o alcance máximo de seu desenvolvimento e independência sejam elas motoras, cognitivas, socialização e interação ou sensoriais. |
|  | 2 Atendimento das crianças/adolescentes com (TEA).   |

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

| META | ETAPA/FASE                       | ESPECIFICAÇÃO   | INDICADOR FÍSICO |            | DURAÇÃO  |            |
|------|----------------------------------|---|------------------|------------|----------|------------|
|      |                                  |   | UNIDADE          | QUAN<br>T. | INÍCIO   | TÉRMINO    |
| 2    | Atendimentos de Terapia Familiar | Atendimentos especializados a pacientes com transtorno do espectro autista (TEA). | Atendimentos     | 100        | 15/07/24 | 15/11/2024 |

**7. PREVISÃO DA RECEITA E DESPESA (R\$1,00)**

| RECEITA     | TOTAL        | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
|-------------|--------------|--------------|-------------|
| PROPONENTE  |              |              |             |
| CONCEDENTE  | R\$10.000,00 |              |             |
| TOTAL GERAL | R\$10.000,00 |              |             |
|             |              |              |             |
| DESPESA     | TOTAL        | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
| PROPONENTE  | R\$10.000,00 |              |             |
| CONCEDENTE  |              |              |             |
| TOTAL GERAL | R\$10.000,00 |              |             |

**8. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)****8.1. CONCEDENTE**

| META        | 1º MÊS       | 2º MÊS   | 3º MÊS   | 4º MÊS   | 5º MÊS   | 6º MÊS   |
|-------------|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1           |              |          |          |          |          |          |
| 12<br>MESES | R\$10.000,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
|             | 7º MÊS       | 8º MÊS   | 9º MÊS   | 10º MÊS  | 11º MÊS  | 12º MÊS  |
|             | R\$ 0,00     | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |



**8.2. PROPONENTE- ORGANIZAÇÃO PARCEIRA (CONTRAPARTIDA)**

| META     | 1º MÊS   | 2º MÊS   | 3º MÊS   | 4º MÊS   | 5º MÊS   | 6º MÊS   |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1        |          |          |          |          |          |          |
| 12 MESES | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
|          | 7º MÊS   | 8º MÊS   | 9º MÊS   | 10º MÊS  | 11º MÊS  | 12º MÊS  |
|          | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |

**9. DETALHAMENTO DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS**

| UNID   | ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA  | Nº DE ATENDIMENTOS POR PERÍODO                  | VALOR TOTAL          |
|--------|---|---|----------------------|
| Meta 1 | Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica                         |   |                      |
|        | Serviços de Terapia Familiar<br>Valor de cada sessão R\$ 100,00 | Julho 2024 a novembro 2024- 100<br>ATENDIMENTOS | R\$ 10.000,00        |
|        | <b>TOTAL</b>  |   | <b>R\$ 10.000,00</b> |

**10. PRESTAÇÃO DE CONTAS****10.1 MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS****10.1.1 MODO DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS**

A prestação de contas se dará mediante a apresentação de:

- Relatório de Execução dos Objetos, assinado pelo representante legal da conveniada, contendo as atividades desenvolvidas para o cumprimento destes e o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados, a partir da previsão de execução acordada, anexando-se documentos de comprovação da realização das ações;
- Relatório de Execução Financeira, assinado pelo representante legal da conveniada, com a descrição das despesas e receitas efetivamente realizadas;

c) Originais ou cópias reprográficas dos comprovantes das despesas devidamente autenticadas em cartório ou por servidor da administração, devendo ser devolvidos os originais após autenticação das cópias;

d) Extrato bancário de conta específica e/ou de aplicação financeira, no qual deverá estar evidenciado o ingresso e a saída dos recursos, devidamente acompanhado da Conciliação Bancária, quando for o caso;

e) Demonstrativo de Execução de Receita e Despesa, devidamente acompanhado dos comprovantes das despesas realizadas, e assinado pelo dirigente e responsável financeiro da conveniada; e,

f) Comprovante, quando houver, de devolução de saldo remanescente em até trinta dias após o término da vigência deste Convênio.

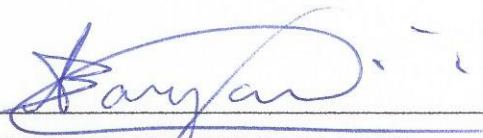
#### 10.1.2 PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

A cada 30 (trinta) dias contados do recebimento do repasse mensal.

#### 10.2 PRAZO DE ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A administração pública apreciará a prestação final de contas apresentada no prazo de até 150 (cento e cinquenta) dias, contado da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência por ela determinada, prorrogável justificadamente por igual período.

Candelária, 03 de junho de 2024.



ADRIANO CHAGAS BARRAGAN

CPF: 540.758.580-49

Presidente da Mandala - Associação Pró-Autismo de Candelária