Universo Down

PLANO DE TRABALHO

1 – Dados Cadastrais

Órgão Concedente **Municipio de Joinville/Secretaria de Assistência Social/Fundo Municipal de Assistência Social**			**CNPJ 83.169.123/0001-10**	
Endereço: Avenida Hermann August Lepper, n° 10-Centro				
Cidade **Joinville**	**UF** **SC**	**CEP** **89221-005**	**DDD Telefone** **(47)3431-3233**	**Esfera Administrativa** **Municipal**
Nome do Responsável: Adriano Bornshein Silva				**CPF: 017.554.889-71**
Cédula de Identidade/ Órgão Expedidor **22704175 SSP/SC**				**Função: Prefeito** **Matricula:52914**

Órgão/Entidade Proponente **Associação de Sindrome de Down de Joinville**			**CNPJ 81.144.099/0001-05**	
Endereço: Rua Osni Garcia 65 -Bucarein				
Cidade **Joinville**	**UF** **SC**	**CEP** **89202-308**	**DDD Telefone** **(47)3423-2102**	**Entidade** **Filantrópica sem fins lucrativos**
Nome do Responsável: Micael Pires				**CPF: 001.604.360-01**

ZapSign 2ee0768b-068a-48b9-964f-f323055552aa. Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

Cédula de Identidade/ Órgão Expedidor 529.422-1	Função: Presidente

2 – Descrição

Título Serviço: Programa de Habilitação e Reabilitação para pessoas com deficiência e suas famílias na proteção básica.	Período de Execução	
	Início 26/04/2021	Término 25/04/2022
Objeto: O presente termo de colaboração tem por objetivo o auxilio financeiro visando o atendimento de 40 usuários/famílias em situação de vulnerabilidade e/ou risco social, através do programa de Habilitação e Reabilitação para pessoas com deficiência e suas famílias na proteção social básica, de acordo com o plano de trabalho/atendimento, que integra o presente termo.		
Justificativa quanto a importância da parceria para a Instituição: Promover desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com Síndrome de Down por meio de ações especializadas, bem como orientar seus familiares ou responsáveis para um desempenho de qualidade e organização para um maior envolvimento com a sociedade.		

3 - Meta de Execução da Parceria

Meta nº	Descrição por tipo de atendimento	Qtd./mês
01	**Programa de Habilitação e Reabilitação para pessoas com deficiência e suas famílias na proteção social básica.**	40

4 - Cronograma de Atividades

Descrever as atividades que serão desenvolvidas durante o serviço social

Ações Essenciais	Periodicidade	Dias da Semana							Período de Execução											
		D	S	T	Q	Q	S	S	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
1. Identificação das pessoas com deficiência e seu contexto sociofamiliar, assim como das barreiras existentes (atitudinais,	Semanal		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ZapSign 2ee0768b-068a-48b9-964f-f323055552aa. Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

culturais, socioeconômicas, arquitetônicas e tecnológicas)																			
2. Reconhecimento das suas potencialidades	Semanal		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Estímulo à construção e reorganização das atividades da vida diária - AVD's, (entendidas como toda atividade ligada a rotina diária como: vestuário, higiene e alimentação, etc.) e atividades da vida prática – AVP's, (entendidas como toda atividade que gera independência em afazeres rotineiros como dirigir, utilizar dinheiro, organização de ambiente, trabalho e lazer, etc.) das famílias	Semanal		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Promoção de acesso a bens, serviços e benefícios, assim como à documentação pessoal	Semanal		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. Promoção da coparticipação e fortalecimento da família/cuidador	Semanal		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. Visitas domiciliares quando necessário	Sempre que necessário		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7. Acolhida e escuta	Semanal		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8. Orientação sociofamiliar	Semanal		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9. Inserção, acompanhamento e	Sempre que necessário		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ZapSign 2ee0768b-068a-48b9-964f-f323055552aa. Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

discussão na rede de serviços socioassistenciais																			
10. Fortalecimento do convívio familiar, grupal e social	Semanal		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11. Atividades grupais envolvendo usuários e suas famílias/cuidadores	Bimestral			X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12. Atividades socioeducativas	Bimestral					X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13. Elaboração, acompanhamento e avaliação do Plano de Desenvolvimento do Usuário – PDU	Semanal Semestral	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(*) Periodicidade – sempre que necessário, diário, semanal, quinzenal, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou outros

5 – Elementos de Despesas da Execução

Etapa	Especificação Pagamento Parcial de Despesas	Qtd	Repasse Mensal R$	Valor Total de Repasse R$	Início	Término
01	Pagamento de pessoal com ou sem encargos e/ou serviços de terceiros (pessoa física/jurídica) e/ou gêneros alimentícios e/ou material de consumo e/ou material de higiene e limpeza.	40	R$9236,40	R$110.836,80	26/04/2021	25/04/2022
	T O T A L		R$9236,40	R$110.836,80		

6– Cronograma de Desembolso

Concedente

Meta	13º Mês	14º Mês	15º Mês	16º Mês	17º Mês	18º Mês
01	R$9236,40	R$9236,40	R$9236,40	R$9236,40	R$9236,40	R$9236,40

ZapSign 2ee0768b-068a-48b9-964f-f323055552aa. Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

Meta	19º Mês	20º Mês	21º Mês	22º Mês	23º Mês	24º Mês
01	R$9236,40	R$9236,40	R$9236,40	R$9236,40	R$9236,40	R$9236,40

7- Recursos Humanos Do Serviço Socioassistencial - Quadro De Trabalhadores Do SUAS

NOME	FUNÇÃO	FORMAÇÃO (ESCOLARIDADE)	VÍNCULO EMPREGATÍCIO (contratado, cedido, terceirizado, voluntário, estagiário)	CARGA HORÁRIA SEMANAL
Goreti Moreira Preira	Assistente Social	Ensino Superior	Prestador de Serviços	20 horas
Maria Julia Kipfer	Terapeuta Ocupacional	Ensino Superior	Prestador de Serviços	20 horas
Francine Hister	Pedagoga	Ensino Superior	Prestador de Serviços	16 horas
Mayara Zeferino	Psicóloga	Ensino Superior	Prestador de Serviços	8 horas

8 – Declaração

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Joinville, para os efeitos e sob as penas da lei, que **inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência** com o Tesouro Municipal ou quaisquer órgãos ou entidade da Administração Pública Municipal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Município, na forma deste Plano de Trabalho/Atendimento.

PEDE DEFERIMENTO

Joinville, 16 de março de 2021.

Micael Pires
Presidente
ADESD

ZapSign 2ee0768b-068a-48b9-964f-f323055552aa. Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

ZapSign Relatório de Assinaturas

Datas e horários em GMT -03:00 Brasilia
Última atualização em 26 Março 2021, 12:21

plano de trabalho adesd sas.pdf

Documento número 2ee0768b-068a-48b9-964f-f323055552aa

Assinaturas

Micael Pires
Assinou

Pontos de autenticação:
Assinatura na tela
IP: 177.204.94.131
Dispositivo: Mozilla/5.0 (Linux; Android 9; SAMSUNG SM-A530F) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) SamsungBrowser/13.2 Chrome/83.0.4103.106 Mobile Safari/537.36
Data e hora: 26 Março 2021, 12:21:41
E-mail: micapires@gmail.com
Telefone: +5547999543156
Token: eb4c5b9a-****-****-****-bffed7c7831c

Hash do documento original (SHA256):
b52155964983077fa43e77ef5c43933a67ec9f20bd1b1a05df6ec4a1137e7793

Verificador de Autenticidade:
https://app.zapsign.com.br/verificar/autenticidade?doc=2ee0768b-068a-48b9-964f-f323055552aa

Integridade do documento certificada digitalmente pela ZapSign (ICP-Brasil):
https://zapsign.com.br/validacao-documento/

Este Log é exclusivo ao, e deve ser considerado parte do, documento número 2ee0768b-068a-48b9-964f-f323055552aa, de acordo com os Termos de Uso da ZapSign disponível em zapsign.com.br

ZapSign