



ANEXO I
PLANO DE TRABALHO

1 - DADOS CADASTRAIS:

NOME DA INSTITUIÇÃO: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE/SM		CNPJ: 95.627.121/0001-74	
TIPO DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:		☒ (X) Sem Fins Lucrativos ☐ () Cooperativa ☐ () Religiosa	
ENDEREÇO: Rua Benjamin D'Ávila Prado, nº 400, Cohab Santa Marta.			
BAIRRO: Santa Marta	CIDADE: Santa Maria	U.F. RS	CEP: 97035-230
E-MAIL: apae.sm.rs@gmail.com	TELEFONE: 55 3212-2111		
CONTA BANCÁRI ESPECÍFICA: 464-2- conta corrente	BANCO: Banco do Brasil	AGÊNCIA: 7641-4	
NOME DO RESPONSÁVEL: Cezar Augusto Gehm		CPF: 303.329.310-72	
PERÍODO DE MANDATO: 01/01/2026 à 31/12/2028	CARTEIRA DE IDENTIDADE/ÓRGÃO EXPEDIDOR: 1015671942/SSP/RS	CARGO: Presidente	
ENDEREÇO: Rua Serafim Valandro, 765/21 - Centro		CEP: 97015-631	

2 - PROPOSTA DE TRABALHO:

NOME DO PROJETO: Acolhimento e Desenvolvimento	PRAZO DE EXECUÇÃO	
	INÍCIO 1º MÊS	TÉRMINO 12 MÊS
PÚBLICO ALVO: 120 Pessoas com Deficiência Física e Intelectual.		
OBJETO DE PARCERIA: Ofertar atendimento multiprofissional e médico às pessoas com deficiência.		
JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO: A Associação de Pais e Amigos de Santa Maria é uma organização privada sem fins lucrativos, que luta pelos direitos das pessoas com deficiência, e existe no Município há 60 anos. A Instituição foi habilitada no ano de 2015 para a existência de um Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER II) em seu território, sendo referência para a Macrorregião		



Centro-Oeste (4ª e 10ª CRS), prestando seus serviços a usuários de 44 Municípios compreendidos nesta região.

O serviço de reabilitação intelectual é referência para todos os Municípios da Região 01 (Região Verdes Campos) e Região 02 (Entre Rios), exceto para os Municípios de São Sepé, Formigueiro e Vila Nova do Sul.

No ano de 2022, a APAE foi habilitada como Centro Macrorregional do Programa TEAcolhe, também referência da Macrorregião Centro-Oeste, abrangendo os 44 Municípios da 4ª e 10ª CRS. E no ano de 2023 com um Centro de Atendimento em Saúde (CAS TEAcolhe, sendo referência para a Região 01 de Saúde, abrangendo 22 Municípios.

No cenário atual da cidade de Santa Maria, devido à falta de serviços especializados, diversas crianças e adolescentes acabam sendo encaminhadas para o CER II, permanecendo muito tempo na fila de espera interna do serviço ou para o Centro de Atendimento em Saúde-CASTEAcolhe, o qual são vagas limitadas.

Atualmente, o município enfrenta um déficit significativo na oferta de atendimentos especializados, evidenciado pelas longas filas de espera e pelas dificuldades enfrentadas por crianças que necessitam de intervenções precoces. Esse cenário reflete a necessidade urgente de ações efetivas que abordem os atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente em bebês, uma fase crucial para o progresso de habilidades cognitivas, motoras e sociais. Diante dessa realidade, o projeto foi idealizado como uma resposta concreta e estratégica para atender a essa demanda reprimida. O projeto visa oferecer atendimentos clínico terapêuticos multidisciplinares e atendimento médico neurológico, com intervenções individuais adaptadas às necessidades específicas de cada atendido. Além de reduzir os impactos dos atrasos no desenvolvimento, a iniciativa busca criar um ambiente inclusivo e acolhedor, que estimule a socialização, promova a autonomia e melhore a qualidade de vida dos atendidos.

As terapias e o atendimento médico são fundamentais para que o paciente possa desenvolver-se em suas potencialidades, auxiliando em sua habilitação e reabilitação conforme suas necessidades.

Também será utilizado este recurso para contratação de serviço de terceiros- pessoa jurídica, quando necessitar, para manutenção do espaço e equipamentos que são necessários no desenvolvimento deste projeto.

3 - OBJETIVOS:



3.1 – GERAIS

Promover o desenvolvimento integral dos atendidos, por meio de intervenções clínico-terapêuticas e atendimento médico neurológico, buscando estimular habilidades cognitivas, sociais e emocionais. Estes atendimentos serão de Fisioterapia, Psicologia e Médico Neurológico à 120 pessoas com deficiência física e intelectual.

3.2 – ESPECÍFICOS

- Promover atendimento multiprofissional e atendimento médico neurológico especializado às pessoas com deficiência;
- Garantir acesso precoce às terapias, com continuidade e acompanhamento individualizado;
- Orientar e apoiar as famílias quanto ao manejo e estímulo dos atendidos.
- Estimular habilidades cognitivas, motoras, sociais e comunicacionais.

4 - METODOLOGIA:

4.1 – FORMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES OU DOS PROJETOS

O Projeto será desenvolvido por meio de uma abordagem clínico-terapêutica, com o objetivo de promover o bem-estar emocional, o desenvolvimento integral e a qualidade de vida dos atendidos. Os atendimentos buscam atividades de estimulação sensorial e psicomotora, visando a reabilitação das funções cognitivas e sensoriais. As ações serão estruturadas com base no Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado individualmente para cada atendido, considerando suas necessidades específicas, com reavaliação semestral.

Serão atendidos 120 pessoas com deficiência, pelo período de 12 meses, onde cada atendido será avaliado por uma equipe multiprofissional, que identificará suas necessidades e definirá objetivos terapêuticos personalizados no PTS. Os atendimentos de fisioterapia e psicologia serão realizados em sessões individuais de 50 minutos, com frequência semanal, em dias previamente agendados. Os atendimentos neurológicos serão realizados individuais com duração de 50 min e sendo agendado retorno conforme a necessidade de cada caso clínico.

Os profissionais também fornecerão orientações às famílias sobre estratégias para estimular o desenvolvimento emocional e comportamental em casa. A metodologia do Projeto busca criar uma abordagem integrada e adaptável, priorizando a individualidade de cada atendido e promovendo a participação ativa dos responsáveis no processo de desenvolvimento e fortalecimento de vínculos.



A APAE atua em conjunto com uma rede de proteção, e demais serviços que prestam atendimento as Pessoas com Deficiência entre eles podem citar: CRAS, CREAS, CAPs, Unidades Básicas de Saúde, Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência – COMPEDE, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente- COMDICA, Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, Delegacias, Promotorias, entre outras.

5 - METAS E RESULTADOS ESPERADOS:

5.1 - DESCRIÇÃO DAS METAS:

- Oportunizar atendimento especializado, contemplando as demandas singulares de cada atendido pelo período de doze meses;
- Dar visão a fila interna do serviço;
- Articulação com a rede socioassistencial;
- Orientação e apoio a cuidadores/familiares dos usuários;
- Monitoramento e prestação de contas.

5.2 - RESULTADOS ESPERADOS:

- Os atendimentos ofertados promoverão maior interação, sociabilidade, cuidados pessoais, fortalecimento de vínculos e ampliação das relações sociais, apoio e orientação aos cuidadores familiares, acesso a outros serviços no território, contribuindo para aumentar sua autonomia e evitar o isolamento social.
- Alcançar a participação ativa dos responsáveis nas atividades propostas, proporcionando uma compreensão aprimorada de seu papel na proteção e no desenvolvimento de seus familiares.

6 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

MET A	ETAPA/ FASE	ESPECIFICAÇÃO	INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO	
			UNIDADE	QUANTIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
1	Recursos Humanos e Encargos Sociais	1 Fisioterapeuta- 20h 1 Psicóloga- 20h	Funcionários	2	1º Mês	12º Mês



2	Serviço de terceiros-pessoa jurídica	1 Médico Neurologista	SV	1	1º Mês	12º Mês
3	Serviço de terceiros-pessoa jurídica	contratação de serviços para manutenção institucional	SV	variável	1º Mês	12º Mês

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

RECEITA	TOTAL	PARCELA UNICA	VALOR ANUAL
PROPONENTE	_____	_____	_____
CONCEDENTE	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00
TOTAL GERAL	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00

DESPESA	TOTAL	PARCELA UNICA	VALOR ANUAL
PROPONENTE	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00
CONCEDENTE	_____	_____	_____
TOTAL GERAL	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 200.000,00

8 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

8.1 – CONCEDENTE

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
	R\$ 200.000,00					
META	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
		-	-	-	-	-

8.2 - PROPONENTE - ORGANIZAÇÃO PARCEIRA (CONTRAPARTIDA)

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
META	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS



--	--	--	--	--	--	--

9 - DETALHAMENTOS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

ESPECIFICAÇÃO		VALOR
Recursos Humanos- encargos sociais Equipe encarregada do projeto (1 Fisioterapeuta- 20h e 1 Psicóloga -20 horas)		R\$ 141.840,96
Serviço de Terceiros- Pessoa Jurídica (1 Médico Neurologista- 8h)		R\$48.000,00
Serviços de Terceiros- Pessoa Jurídica (contratação de serviços para manutenção institucional).		R\$10.159,04
TOTAL		R\$ 200.000,00

10 - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada até 60 dias após o término da vigência da parceria.

A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada até 30 dias após o final de cada exercício, se a duração da parceria exceder um ano.

A PRESTAÇÃO DE CONTAS FINAL deverá ser encaminhada até 60 dias após o término da vigência da parceria; (estabelecer este prazo de acordo com a complexidade do objeto da parceria)

11 – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Santa Maria**, declaro, para fins de comprovação junto ao MUNICÍPIO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistente qualquer débito ou situação de inadimplência com a Administração Pública Municipal ou qualquer entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento do Município para aplicação na forma prevista e determinada por este Plano de Trabalho.

Pede deferimento.

Santa Maria, 04 de Agosto de 2026.

APAE Santa Maria

+,-.



12 - APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

12.1 – Secretário(a) de Município requisitante:

() Aprovado () Reprovado

Data: __/__/__

Assinatura: _____

12.2 – Comissão de Avaliação e Monitoramento:

() Aprovado () Reprovado

Data: __/__/__

Assinatura: _____

12.3 Gestora Técnica da Parceria

() Aprovado () Reprovado

Data:

Assinatura:

12.4 – Gestor da Parceria:

() Aprovado () Reprovado

Data: __/__/__

Assinatura: _____

12.5 – Chefe do Poder Executivo:

() Aprovado () Reprovado

Data: __/__/__

Assinatura: _____