

PLANO DE TRABALHO

I- DADOS ENTIDADE

| | | | | | |
|------------------------------|--|-------------------------|------------------|-----------------|----------|
| Razão Social: | Associação Mulher Unimed de Lençóis Paulista | | | | |
| CNPJ: | 05.938.338/0001-02 | | | | |
| Endereço: | Rua Pedro Natálio Lorenzetti, 682 | CEP: | 18680-110 | | |
| Bairro: | Centro | Município: | Lençóis Paulista | | |
| Telefone: | 14-32693100 - Ramal 3124 | Celular - 14 99648 3133 | | | |
| E-mail: | Amu.celi@unimedlp.coop.br , jahu@unimedlp.coop.br , diretoria@unimedlp.coop.br , vania@unimedlp.coop.br | | | | |
| Horário de Funcionamento: | Todo sábado - Das 08h00 às 11h30 | | | | |
| Número de registro no CMES: | Não consta | | | | |
| Número de registro no CEBAS: | _____ | | | | |
| Banco: | Brasil | Agência: | 0573-8 | Conta Corrente: | 40.068-8 |

II - RESPONSÁVEL LEGAL

| | | | |
|--------------------------|--|------|----------------|
| Nome: | Vânia Helena Bernardes Bianchini Carraro | | |
| Telefone: | 14-32646162 | | |
| RG: | 12.628.322 SSP/SP | CPF: | 096.246.078-85 |
| Data início do mandato: | 23/04/2018 | | |
| Data término do mandato: | 31/03/2021 | | |

III - RESPONSÁVEL TÉCNICO

| | | |
|-----------|-------------------------|--|
| Nome: | Celi Cristina Lopes | |
| Telefone: | 14-32693100 | E-mail: amu.celi@unimedlp.coop.br |
| Cargo: | Auxiliar Administrativa | CPF 113.856.818-02 |

IV - RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS

| Nome | Função | Carga horária |
|----------------------------|------------------------------|---------------|
| Anderson Rogério Mistreta | Monitor de Informática | 3h30/semanais |
| Aparecida Bis | Orientadora Locomoção | 3h30/semanais |
| Silvio Rogerio Bis Joaquim | Monitor de Informática | 3h30/semanais |
| Vanessa Aparecida Bis | Professor de Braille | 3h30/semanais |
| Daniel Rodrigo Bis Joaquim | Professor de Artesanato | 3h30/semanais |
| Dr. Sérgio Pelegrin Marun | Voluntário - Oftalmologista | 3h00/mensais |
| Celi Cristina Lopes | Auxiliar Administrativa | 30h00/mensais |
| Silvana Maria de Moraes | Voluntária - Serviços Gerais | 3h30/semanais |

V- IDENTIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS

Prédio Cedido pela Unimed Lençóis Paulista.

Instalações, assim divididas:

- 1 - Sala Escritório
- 4 - Salas de aula
- 1 - Cozinha
- 2 - Banheiros.

VI - FINALIDADE ESTATUTÁRIA:

A Associação Mulher Unimed de Lençóis Paulista tem por objeto desenvolver programas e ações sociais assistenciais à comunidade, inclusive programa de assistência e desenvolvimento das potencialidades de crianças, adolescentes e adultos com necessidades especiais, através do trabalho gratuito e voluntário dos seus associados, atuando como Agente de Transformação Social.

VII - BREVE HISTÓRICO DA ENTIDADE:

A Associação Mulher Unimed é uma entidade que foi criada aos 15 (quinze) de julho de 2003 (dois mil e três), há 18 (dezoito), e tem como objetivo dar assistência às pessoas com deficiência visual, de baixa visão a 100% cegas, através do oferecimento de aulas

gratuitas de braille para que possam aprender um novo idioma de comunicação para a sua situação atual, de aulas de canto, de aulas de artesanato com pinturas em tecido, papel A3 com desenhos em relevo e moldes vazados, iniciação ao programa Dosvox para se conectar com o mundo através da internet, e aulas de locomoção dentro de locais abertos e fechados para que criem uma relação espacial com o mundo.

Serviço Tipificado: desenvolvimento de atividade suplementar à Rede Municipal de Ensino, proporcionando, de forma regular, aulas de alfabetização em “Braille”, para pessoas com deficiência visual - baixa visão e cegos - incluindo crianças, adolescentes e idosos, utilizando-se para tanto de professores especializados.

Descrição Geral do Serviço Tipificado: Realização de aulas semanais, aos sábados, em um grupo com até 28 pessoas, por 3 horas e 30 minutos, de modo a promover a inclusão social, educacional e profissional das pessoas com deficiência visual.

VIII - IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:

Execução do Projeto “Vida Iluminada”, que visa promover a inclusão social, educacional e profissional das pessoas com deficiência visual.

IV - JUSTIFICATIVA:

Os recursos serão destinados para a execução do Projeto “Vida Iluminada”, para a realização de aulas de alfabetização em braille e de informática, com recursos e material específico didático tátil a fim de aguçar a percepção do tato facilitando o aprendizado, e aulas de música e canto, que visam auxiliar na percepção auditiva, ampliando o sentido fazendo com que o cérebro capte mais rápido os sons auxiliando também no reconhecimento do ambiente bem como sua localização.

O Serviço de transporte para os alunos deficientes visuais de faz necessário, pois grande maioria dos alunos cegos e de baixa visão apresenta dificuldade na locomoção, orientação e mobilidade, assim com o transporte todos irão conseguir receber o atendimento pedagógico específico que necessitam, dando-lhes a oportunidade de garantir o seu direito de ir e vir com segurança e eficiência.

X - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO A SER ATENDIDA:

- Público Alvo: Crianças, adolescentes e idosos de baixa visão a 100% cegos;
- Horário de atendimento: Aos sábados - Das 08h00 às 11h30
- Capacidade de atendimento: 30
- Número de pessoas atendidas pelo plano de trabalho: 28

XI - OBJETIVO GERAL:

Oferecer ensino para pessoas com deficiência visual, através de aulas de braile e música, bem como outras atividades complementares como: aulas de informática, artesanato e locomoção/orientação espacial, como objetivo de promover a inclusão social dos deficientes visuais, bem como a conquista da independência.

XII - METAS:

| Metas | Metodologia | Resultados Esperados | | Método de verificação do cumprimento das metas | Periodicidade de de avaliação |
|---|---|----------------------|--|--|-------------------------------|
| | | Metas Quantitativas | Metas Qualitativas | | |
| Oferecer ensino para pessoas com deficiência visual, através de escrita em braile e aulas de música e informática | Fornecer mão de obra e material necessário para a realização de aulas de música, braile, locomoção espacial, artesanato, violão e informática, semanalmente, aos sábados, das 8h até as 11h30, para pessoas com deficiência visual que frequentam o Projeto "Vida Iluminada". | 28/mês | Atender no mínimo 70% da demanda, possibilitando a inclusão social de 100% dos usuários atendidos. | Relatórios de atividades | Mensal |

XIII - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

| Atividades/ Ações | Profissional Responsável | Periodicidade | Meses | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| Alfabetização braile | Professor | Semanal | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Aulas de orientação espacial | Professor | Semanal | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Aulas de artesanato | Professor | Semanal | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Aulas de informática | Monitor | Semanal | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Aula de Música | Professor | Semanal | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Aula de Violão | Professor | Semanal | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

XIV - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS

| DESPESAS | | Concedente | Proponente | Total |
|--------------------|----------------------------|---------------------|------------------|----------------------|
| Item | Especificação | | | |
| 1 | Folha de Pagamento: | | | |
| 1.1 | Professor de Braile | R\$ 15.912,00 | R\$0,00 | R\$ 15.912,00 |
| 1.2 | Professor de Música | R\$ 6.480,00 | R\$0,00 | R\$ 6.480,00 |
| 1.3 | Professor de Informática | R\$ 6.480,00 | R\$0,00 | R\$ 6.480,00 |
| 2 | Serviços Terceiros | | | |
| 2.1 | Transporte | R\$ 11.270,00 | 142,00 | R\$ 11.128,00 |
| TOTAL GERAL | | R\$40.142,00 | R\$142,00 | R\$ 40.000,00 |

Obs.: A despesa especificada refere-se à contratação de mão de obra terceirizada, de pessoa física, incluindo encargo patronal de INSS pelo período de 12 (doze) meses.



CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (CONCEDENTE):

| Meta | 1º Mês | 2º Mês | 3º Mês | 4º Mês | 5º Mês | 6º Mês |
|------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 | R\$ 3.700,00 | R\$ 3.300,00 | R\$ 3.300,00 | R\$ 3.300,00 | R\$ 3.300,00 | R\$ 3.300,00 |

| Meta | 7 Mês | 8º Mês | 9º Mês | 10º Mês | 11º Mês | 12º Mês |
|------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 | R\$ 3.300,00 | R\$ 3.300,00 | R\$ 3.300,00 | R\$ 3.300,00 | R\$ 3.300,00 | R\$ 3.300,00 |

PROPONENTE (CONTRAPARTIDA):

| Meta | 1º Mês | 2º Mês | 3º Mês | 4º Mês | 5º Mês | 6º Mês |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | | | | | | |

| Meta | 7 Mês | 8º Mês | 9º Mês | 10º Mês | 11º Mês | 12º Mês |
|------|-------|--------|--------|---------|---------|---------|
| 1 | | | | | | 142,00 |

XVI - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da Associação Mulher Unimed de Lençóis Paulista, declaro para fins de prova junto a Prefeitura Municipal de Lençóis Paulista, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste plano de trabalho.

Pede deferimento,

Lençóis Paulista, 11 de Janeiro de 2021.

Vânia Helena Bernardes Bianchini Carraro

Presidente

XVII - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE:

Gestor: () Aprovado () Reprovado

Lençóis Paulista, 11 / 01 / 2021 Assinatura: _____

Claudinei Aparecido de Góes
Secretário de Assistência Social
RG 17.558.627
CPF 063.740.768-77