GRUPO VALE A VIDA
CNPJ: 02.916.524/0001-52
PELOTAS/RS

# ANEXO IV

## PLANO DE TRABALHO

### 1 – DADOS CADASTRAIS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Órgão/Entidade Proponente<br>GRUPO VALE A VIDA | | | C.N.P.J.<br>02.916.524/0001-52 |
| Endereço<br>RUA D. PEDRO II, 1066 | | | |
| Cidade<br>PELOTAS | U.F.<br>RS | C.E.P.<br>96010-300 | DDD/Telefone<br>53 3222.6176 |
| Conta Corrente<br>30.597-9 | Banco<br>001 | Agência<br>0029-9 | Praça de Pagamento<br>Pelotas/RS |
| Nome do Responsável<br>NAIRA CHAGAS PEREIRA | | | C.P.F.<br>[redacted] |
| C.I./Órgão Expedidor<br>[redacted] | Cargo<br>Presidente | | Função<br>Presidente |
| Endereço<br>[redacted] | | | C.E.P.<br>96055-040 |
| Home Page: | | | e-mail:<br>[redacted] |

### 2 - OUTROS PARTÍCIPES

| | |
|---|---|
| **Nome** | **C.N.P.J/C.P.F.** |

| | |
|---|---|
| | |
| Endereço | C.E.P. |

## 3 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

| Título do Projeto | Período de Execução | |
|---|---|---|
| | Início | Término |
| Atendimento psicossocial à crianças e adolescentes em situação de violência e suas famílias. | (a partir da public. no DOM) | (em dias) |
| | Maio/17 | 365 |

Identificação do Objeto

Oferecer mensalmente, na sede da ong, atendimento psicossocial à 25 crianças e adolescentes em situação de violência e suas famílias, que sejam referenciadas pelo CREAS I, advindas de todos os bairros do município, de abrangência do território do CRAS.

A Ong fará uma articulação com o CREAS I, estabelecendo um sistema de referência e contra referência para o atendimento de crianças e adolescentes e seus familiares.

O atendimento será prestado por equipe multidisciplinar capacitada para o atendimento da população alvo e será composta por um psicólogo, um assistente social e um educador social.

Previsto: atendimento psicossocial mensal para 25 crianças, adolescentes e seus familiares.

As ações que serão executadas estão de acordo com a tipificação nacional dos serviços socioassistenciais, da resolução nº 109, do Conselho Nacional de Assistência Social e normativas operacionais do FNAS (Fundo Nacional de Assistência Social).

O projeto será avaliado pelos seguintes indicadores: Nº de atendimentos, encaminhamentos para a rede e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, através de relatos verbais do público atendido, e *indicadores padrão de Registro Mensal de Atendimentos(RMA), por orientação do Ministério do* Desenvolvimento Social e Agrário.

Justificativa da Proposição

Contribuir para a promoção, defesa e garantia dos direitos de crianças e adolescentes, em situação de vulnerabilidade social.

## 4 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META, ETAPA OU FASE)

| Meta | Etapa | Especificação | Indicador Físico | | Duração | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Fase | | Unidade | Quantidade | Início | Término |
| 1.0 | 1.1 | Atendimentos *psicossociais* para crianças, adolescentes e seus familiares, referenciados para a Ong | Crianças e adolescentes | 25 | Maio/17 | Abril/18 |
| | 1.2 | Atendimentos/encaminhamentos à rede de serviços, conforme a demanda | | | | |
| | | | | | | |

## 5 - PLANO DE APLICAÇÃO (R$ 1,00)

| Natureza da Despesa | | Total | Concedente | Proponente |
|---|---|---|---|---|
| Código | Especificação | | | |
| 3.3.00.00.00.00.00 | Despesas correntes(material consumo, pagamento de serviços de terceiros, pessoa física, jurídica e despesas com pessoal) | 26.667,00 | 26.667,00 | |
| TOTAL GERAL | | 26.667,00 | 26.667,00 | |

## 6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R$ 1,00)

**CONCEDENTE**

| Meta | Maio/2017 | Junho/2017 | Julho/2017 | Agosto/2017 | Setembro/2017 | Outubro/2017 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | R$ 2.222,25 | R$ 2.222,25 | R$ 2.222,25 | R$ 2.222,25 | R$ 2.222,25 | R$ 2.222,25 |
| | | | | | | |
| Meta | Novembro/2017 | Dezembro/2017 | Janeiro/2018 | Fevereiro/2018 | Março/2018 | Abril/2018 |
| | R$ 2.222,25 | R$ 2.222,25 | R$ 2.222,25 | R$ 2.222,25 | R$ 2.222,25 | R$ 2.222,25 |

**PROPONENTE (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 |
| | | | | | | |

**7 – DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante legal do (a) GRUPO VALE A VIDA, declaro, para fins de prova junto a **Secretaria Municipal de Assistência Social** para os efeitos e sob as penas da lei, que não há qualquer débito em mora ou situação de inadimplência junto aos órgãos e entidades da Administração Pública Municipal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da Prefeitura Municipal de Pelotas, na forma deste Plano de Trabalho.

Pelotas, 28 de abril de 2017

_____

Naira Chagas Pereira

**8 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE**

Aprovado.

_____

**Luiz Eduardo Zimmermann Longaray**

_____

Local e Data

**Secretário de Assistência Social**

Luiz Eduardo Z. Longaray
Secretário Municipal de
Assistência Social