

**Associação Santamariense de Auxílio aos Necessitados -ASAN**

CNPJ: 87.493.243/0001-97

Rua Passo dos Weber, 718 Chácara das Flores CEP: 97043-470 Santa Maria - RS

Fone: (55) 3225-5053 (55) 98421-5837

Email: contato@larvilaitagiba.org.br Site: www.larvilaitagiba.org.br

PLANO DE TRABALHO**1. DADOS CADASTRAIS**

NOME DA INSTITUIÇÃO: Associação Santamariense de Auxílio aos Necessitados – ASAN Lar Vila Itagiba		CNPJ: 87.493.243/0001-97	
TIPO DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL: Instituição de Longa Permanência para Idosos		(x) Sem Fins Lucrativos () Cooperativa () Religiosa	
ENDEREÇO: Rua Passo dos Weber, 718			
BAIRRO: Chácara das Flores	CIDADE: Santa Maria	U.F. RS	CEP: 97043-470
E-MAIL contato@larvilaitagiba.org.br	TELEFONE: (55) 3225-5053 (55) 98421-5837		
CONTA BANCÁRIA ESPECÍFICA:	BANCO	AGÊNCIA	
NOME DO RESPONSÁVEL: [REDACTED]			CPF: [REDACTED]
PERÍODO DE MANDATO: [REDACTED]	CARTEIRA DE IDENTIDADE/ÓRGÃO EXPEDIDOR: [REDACTED]	CARGO: Presidente	
ENDEREÇO: [REDACTED]			CEP: [REDACTED]

2 – PROPOSTA DE TRABALHO

NOME DO PROJETO: Saúde e segurança da Pessoa Idosa	PRAZO DE EXECUÇÃO	
	INÍCIO 1º mês	TÉRMINO 3º mês
PÚBLICO ALVO: Idosos residentes no Lar Vila Itagiba		
IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO: Com o recurso solicitado, a Instituição fará aquisição de fraldas geriátricas, equipamentos e materiais de assistência à saúde		
JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO: Para prevenir e promover a saúde, dos idosos do Lar Vila Itagiba se faz necessário o uso de fraldas geriátricas para aqueles que são acometidos de incontinência urinária e equipamentos que monitorem os sinais vitais e aliviem a dor, bem como dispositivos que previnam lesão de pele por pressão e garantam medidas de conforto, segurança e previnam doenças, bem como quedas durante a mobilização da cadeira de rodas para a cama e vice versa.		

3 - OBJETIVOS:**3.1 – GERAIS**

-Melhorar o atendimento do Lar Vila Itagiba, proporcionando melhor qualidade de vida, conforto, bem-estar, segurança e saúde aos idosos.

3.2 – ESPECÍFICOS

- Monitorar os sinais vitais e intervir com precisão evitando agravos a saúde.
- Favorecer medidas de conforto, segurança e que previnam doenças.
- Garantir a segurança do idoso e do profissional durante o transporte, com o guincho, da cama para a cadeira de rodas e da cadeira para a poltrona.

4 - METODOLOGIA:

4.1 – FORMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES OU DOS PROJETOS:

A aquisição se dará a partir da liberação do valor supracitado. Ao final do projeto será realizada uma avaliação pela equipe técnica responsável, para um bom funcionamento da instituição, visando sempre a segurança e bem estar dos atendidos.

5 - METAS E RESULTADOS ESPERADOS:

5.1 - DESCRIÇÃO DAS METAS E DE ATIVIDADES OU PROJETOS A SEREM EXECUTADOS:

1. Aquisição de Equipamentos de monitoramento de saúde.
2. Aquisição de dispositivos para posicionar e dar segurança aos idosos na cama e na cadeira
3. Aquisição de fraldas geriátricas

5.2 RESULTADOS ESPERADOS

Atualmente a Instituição atende 62 idosos. Pretende-se com o projeto, garantir uma vida mais saudável para os idosos residentes do Lar Vila Itagiba.

5.3 - PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

Por ser uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, sem fins lucrativos, o Lar Vila Itagiba, necessita captar recursos financeiros para efetuar melhorias e disponibilizar assentos adequados e confortáveis para uso dos idosos.

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

META	ETAPA /FASE	ESPECIFICAÇÃO	INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO	
			UNIDADE	QUANTIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
1	Material permanente	Suporte infra vermelho pedestal flex timer iv-06t vg	unid.	01	1º mês	3º mês
2		Sonopulse III 1mhz e 3mhz - aparelho de ultrassom para fisioterapia	unid.	01	1º mês	3º mês
3		Guincho elétrico para transferência de pessoas ortobrás 180 GR	unid.	01	1º mês	3º mês
4		Carro de emergência - pat-1012-	unid.	01	1º mês	3º mês
5		<u>Monitor multiparâmetros com ecg, spo2, pni, resp. mx 500. emai</u>	unid.	01	1º mês	3º mês

6		Mini-incubadora cristófoli	unid.	01	1º mês	3º mês
7	Material de Consumo	Encosto para Leitura e Atividades Meu Conforto Perfetto Espuma preto	unid.	02	1º mês	3º mês
8		Almofada terapêutica para cóccix	unid.	06	1º mês	3º mês
9		Almofada anatômica lombar	unid.	10	1º mês	3º mês
10		Almofada my office assento em látex anatômico	unid.	01	1º mês	3º mês
11		Encosto lombar super coluna ergonômico modelo anatômico	unid.	06	1º mês	3º mês
12		Fraldas Geriátricas	unid.	645	1º mês	3º mês

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

RECEITA	PARCELA ÚNICA	PARCELA MENSAL	VALOR TOTAL
PROPONENTE	-	-	-
CONCEDENTE	RS 51.000,00	-	R\$ 51.000,00
TOTAL GERAL	R\$ 51.000,00		R\$ 51.000,00

DESPESA	PARCELA ÚNICA	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL
PROPONENTE	R\$ 51.000,00	-	R\$ 51.000,00
CONCEDENTE	-	-	-
TOTAL GERAL	R\$ 51.000,00		R\$ 51.000,00

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

8.1 – CONCEDENTE

METAS	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
1	560,00					
2	1.898,00					
3	10.472,00					
4	2.700,00					
5	7.990,00					
6	380,00					
7	439,80					
8	899,34					
9	1399,90					
10	299,00					
11	1.695,36					
12	22.266,60					

8.2 - PROPONENTE - ORGANIZAÇÃO PARCEIRA (CONTRAPARTIDA)

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS

9 - DETALHAMENTOS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

ESPECIFICAÇÃO		VALOR
	Material de Consumo	27.000,00
	Serviços de terceiros – Pessoa Física	
	Serviços de terceiros – Pessoa Jurídica	
	Custos indiretos/Equipe Encarregada pela execução	
	Equipamentos e Materiais permanentes	24.000,00
	TOTAL	51.000,00

10 - PRESTAÇÃO DE CONTAS

A PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL, conforme cronograma de desembolso e estabelecido pela Secretaria de Desenvolvimento Social.

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.

11 - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da ASSOCIAÇÃO SANTAMARIENSE DE AUXÍLIO AOS NECESSITADOS - ASAN, declaro, para fins de comprovação junto ao MUNICÍPIO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem 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, 17 de junho de 2024

ASSOCIACAO
SANTAMARIENSE DE
AUXILIO AOS
NECESSITA:8749324
3000197
Organização da Sociedade Civil

Assinado de forma digital por
ASSOCIACAO
SANTAMARIENSE DE AUXILIO
AOS
NECESSITA:87493243000197
Dados: 2024.06.17 15:50:54
-03'00'

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 Fiscal 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: _____