



**ANEXO II – LEI Nº 1.143/2018, de 09/10/2018.**

**PLANO DE APLICAÇÃO – EMENDA PARLAMENTAR Nº 37020013**

**1.NOME:** APAE Associação De Pais e Amigos dos Excepcionais  
CNES: 3401510  
CNPJ: 80.883.226/0001-17  
Atendimento: Ambulatorial  
Serviço Próprio: Associação Civil, beneficente sem fins lucrativos  
Fluxo de Clientela: Atendimento Demanda Espontânea e Referenciada  
Turno de Atendimento: Manhã e Tarde  
Gestão: Municipal

**2. OBJETIVO:**

Prestação de Serviços Especializados de Reabilitação que tem como finalidade exclusiva o atendimento em saúde das pessoas com deficiência neuropsicomotor, integrando a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Sistema Único de Saúde- SUS.

A atividade será no atendimento/acompanhamento de pacientes em reabilitação por avaliação, estimulação e orientação, relacionadas ao neurodesenvolvimento do paciente.

Tendo como equipe os seguintes profissionais.

Psicóloga – CNS – 980016285993934 – CBO 251510 - Atendimento Semanal – 12 horas

Assistente Social – CNS – 980016285924258 – CBO 251601- Atendimento Semanal – 8 horas

Terapeuta Ocupacional – CNS 980016276769326 – CBO 223905 – Atendimento Semanal – 8 horas

Fisioterapeuta – CNS 706204522941163 - CBO 223605 – Atendimento Semanal – 12 horas

Fonoaudióloga – CNS 702805688147362 – CBO 223810 - Atendimento Semanal – 4 horas

Psiquiatra – CNS 204327117450005 - CBO 225133 - Atendimento Semanal – 4 horas.

**3.Das Atividades Assistenciais:**

Os procedimentos para a utilização dos recursos financeiros provenientes de emendas orçamentárias para o incremento do PAB e MAC estão na Portaria 565, de 2018, anexa, no Capítulo II.

**CAPITULO II**

**Da transferência dos recursos financeiro de custeio que se destinam ao Incremento Temporário dos Tetos da Média e Alta Complexidade e do Piso de Atenção Básica.**

A Contratada compromete-se com a execução das atividades assistenciais ambulatoriais de atendimento/ acompanhamento em reabilitação física, mental e múltiplas deficiências, conforme pactuados abaixo:

**4. Do Financiamento:**

4.1. O repasse do recurso referente aos serviços, será realizado conforme produção, ou seja o recurso a ser recebido pela Contratada está vinculado ao percentual de usuários atendidos/ mês.

Caso a Contratada apresente uma produção mensal que ultrapasse o teto financeiro estabelecido, o Gestor realizará o pagamento em conformidade com o valor financeiro estabelecido.

Para o acompanhamento da produção desse prestador se definiu as quantidades de atendimento e valor financeiro, conforme descrito abaixo:

Em conformidade com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do mês de Outubro de 2018, a APAE possui uma carga horária de profissionais que totaliza 64 horas semanais;



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**Pérola D'Oeste**  
Estado do Paraná

**Secretaria de Administração e Planejamento**



Cada atendimento ao paciente, deve durar pelo menos 30 minutos, conforme decisão técnica da Secretaria Municipal de Saúde, ou seja em um tempo de 1 hora se equivale a 2 atendimentos; Sendo 44 horas semanais x 2 atendimentos= 88 atendimentos por semana;

Tendo a APAE um total de 58 alunos matriculados no ambulatório, a quantidade de atendimentos 88/ 58 alunos, é aproximadamente 2 atendimentos/paciente/semana, totalizando mensal 8 atendimentos/pacientes/mês, porém deve ser levada em consideração a necessidade individual de cada aluno, não ultrapassando 20 atendimentos/mês, conforme tabela SUS;

Número total de alunos matriculados no ambulatório é 58 x a quantidade total de atendimentos/mês/aluno 8 x o valor do procedimento conforme tabela SUS R\$17,67, totalizando R\$ 8.198,88 (Oito mil cento e noventa e oito reais e oitenta e oito centavos), sendo este valor o teto máximo que a APAE poderá atingir, podendo ser variável, conforme inclusão, exclusão e alteração de carga horária no CNES;

Em conformidade com a Portaria nº 3.687 de 22 de dezembro de 2017, o teto financeiro estabelecido é de R\$ 110.000,00.

O pagamento ao prestador APAE, será conforme produção mensal, sendo o total financeiro máximo a ser pago no valor de R\$ 8.198,88 repassados mensalmente por um período de 13 parcelas. Podendo sofrer ajustes bem como prorrogação para gastos do recursos, caso seja necessário, em conformidade com as duas partes.

#### **4- RECURSOS HUMANOS**

De acordo com o número de matrículas no Sistema SERE referentes a Educação Infantil, Ensino Fundamental e Educação de Jovens e adultos e preconizando os direitos da pessoa com deficiência a equipe de recursos humanos poderá ser complementada com carga horária dos seguintes profissionais:



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**Pérola D'Oeste**  
 Estado do Paraná  
 Secretaria de Administração e Planejamento



#### 4.1 PREVISÃO COM DESPESAS DE PESSOAL

Função / Nome	Horas/ Semanal	Valor/ Procedimento	SALARIO	FGTS	INSS	FÉRIAS + 1/3	FGTS FÉR	INSS FER	13º	FGTS 13º	INSS 13º
Psicóloga Lilian	12	R\$ 17,67	R\$ 1.060,20	R\$ 84,82	R\$ 95,42	R\$ 117,80	R\$ 9,42	R\$ 10,60	R\$ 88,35	R\$ 7,07	R\$ 7,95
Assistente Josy	8	R\$ 17,67	R\$ 706,80	R\$ 56,54	R\$ 63,61	R\$ 78,53	R\$ 6,28	R\$ 7,07	R\$ 58,90	R\$ 4,71	R\$ 5,30
TO Rosane	8	R\$ 17,67	R\$ 706,80	R\$ 56,54	R\$ 63,61	R\$ 78,53	R\$ 6,28	R\$ 7,07	R\$ 58,90	R\$ 4,71	R\$ 5,30
Fisio Franci	12	R\$ 17,67	R\$ 1.060,20	R\$ 84,82	R\$ 95,42	R\$ 117,80	R\$ 9,42	R\$ 10,60	R\$ 88,35	R\$ 7,07	R\$ 7,95
Psiquiatra	4		R\$ 1.500,00								
Fono Andresa	4	R\$ 17,67	R\$ 353,40	R\$ 28,27	R\$ 31,81	R\$ 39,27	R\$ 3,14	R\$ 3,53	R\$ 29,45	R\$ 2,36	R\$ 2,65
<b>Total</b>			<b>R\$ 5.387,40</b>	<b>R\$ 310,99</b>	<b>R\$ 349,87</b>	<b>R\$ 431,93</b>	<b>R\$ 34,55</b>	<b>R\$ 38,87</b>	<b>R\$ 323,95</b>	<b>R\$ 25,92</b>	<b>R\$ 29,16</b>



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**Pérola D'Oeste**  
Estado do Paraná

Secretaria de Administração e Planejamento



**5- ITENS, QUANTIDADES E DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

Nº	Item	Período execução	Média de Repasse (custo aluno/Atendimento)	Variáveis
1	Utilização os Recursos de emendas orçamentárias do incremento MAC/PAB executados pela <b>Psicóloga</b>	Outubro de 2018 a Novembro de 2019	Transferência da Emenda Parlamentar, Através da Secretária Municipal da Saúde R\$: <b>1.481,63</b>	Os Valores e procedimentos sofrerão alterações de acordo os procedimentos realizados pelo Profissional.
2	Utilização os Recursos de emendas orçamentárias do incremento MAC/PAB executados pela <b>Assistente Social</b>	Outubro de 2018 a Novembro de 2019	Transferência da Emenda Parlamentar, Através da Secretária Municipal da Saúde R\$: <b>987,75</b>	Os Valores e procedimentos sofrerão alterações de acordo com a carga horária mensal realizada pelo Profissional.
3	Utilização os Recursos de emendas orçamentárias do incremento MAC/PAB executados pela <b>Terapeuta Ocupacional</b>	Outubro de 2018 a Novembro de 2019	Transferência da Emenda Parlamentar, Através da Secretária Municipal da Saúde R\$: <b>987,75</b>	Os Valores e procedimentos sofrerão alterações de acordo com a carga horária mensal realizada pelo Profissional.
4	Utilização os Recursos de emendas orçamentárias do incremento MAC/PAB executados pela <b>Fisioterapeuta</b>	Outubro de 2018 a Novembro de 2019	Transferência da Emenda Parlamentar, Através da Secretária Municipal da Saúde R\$: <b>1.481,63</b>	Os Valores e procedimentos sofrerão alterações de acordo com a carga horária mensal realizada pelo Profissional.
5	Utilização os Recursos de emendas orçamentárias do incremento MAC/PAB executados pela <b>Psiquiatra</b>	Outubro de 2018 a Novembro de 2019	Transferência da Emenda Parlamentar, Através da Secretária Municipal da Saúde R\$: <b>1.500,00</b>	Os Valores e procedimentos sofrerão alterações de acordo com a carga horária mensal realizada pelo Profissional.
6	Utilização os Recursos de emendas orçamentárias do incremento MAC/PAB executados pela <b>Fonoaudióloga</b>	Outubro de 2018 a Novembro de 2019	Transferência da Emenda Parlamentar, Através da Secretária Municipal da Saúde R\$: <b>493,88</b>	Os Valores e procedimentos sofrerão alterações de acordo com a carga horária mensal realizada pelo Profissional.

**6- VALOR GLOBAL ESTIMADO**

R\$: 110.00,00 (Cento e dez mil reais).



## 7- VALOR MENSAL ESTIMADO

A realizar conforme o cronograma abaixo, fica estabelecido que no ano de 2018 serão efetuados os repasses em 3 meses (outubro, novembro e dezembro) o valor de R\$ 8.198,88, sendo que as parcelas podem variar aumentando o valor de acordo com os procedimentos realizados pelos profissionais. A partir de janeiro de 2019, seguem os repasses normalmente com parcelas variáveis de acordo com os procedimentos realizados por cada profissional, podendo oscilar os valores das parcelas até Novembro de 2019.



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**Pérola D'Oeste**  
 Estado do Paraná

Secretaria de Administração e Planejamento



**8- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO**

MÊS	Parcelas as 2018										
Outubro	R\$ 8.198,88										
Novembro		R\$ 8.198,88									
Dezembro			R\$ 8.198,88								
	Previsão de parcelas em 2019.										
Janeiro	R\$ 8.198,88										
Fevereiro		R\$ 8.198,88									
Março			R\$ 8.198,88								
Abril				R\$ 8.198,88							
Maio					R\$ 8.198,88						
Junho						R\$ 8.198,88					
Julho							R\$ 8.198,88				
Agosto								R\$ 8.198,88			
Setembro									R\$ 8.198,88		
Outubro										R\$ 8.198,88	
Novembro											R\$ 8.198,88



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**Pérola D'Oeste**  
Estado do Paraná

**Secretaria de Administração e Planejamento**



**09– PRAZOS DE VIGÊNCIA E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS**

09.1 – A vigência do presente termo será de 13 (meses) a partir da data de publicação do extrato do Termo de Colaboração, no Diário Oficial do Município Conforme Plano de Trabalho.

09.2 – O prazo de Vigência deste termo de colaboração poderá ser prorrogado, mediante termo aditivo, por solicitação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Pérola D'Oeste (APAE), fundamentada em razões concretas, formuladas no mínimo, 30 (trinta) dias antes de término do prazo previsto desde que aceita pelo Município, conforme previsto no art. 55, da Lei nº 13.019/2014.

Pérola D'Oeste, 03 de Outubro de 2018.

Odacir Antônio

Presidente Apae





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**Pérola D'Oeste**  
Estado do Paraná



**Secretaria de Administração e Planejamento**

**PLANO DE ATENDIMENTO SEMESTRAL INDIVIDUAL**

Identificação da Unidade: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais- CNPJ:80.883.226/0001-17			
Dados do Paciente			
Nome:		DN: / /	
Sexo: ( ) M ( ) F	CNS:	Fone:	
Endereço:		Bairro:	
Município:		UF:	CEP:
Nome da Mãe/Responsável:			
Tratamento Proposto			
Diagnóstico da Incapacidade verificada:			
Data de Início: / /		Data do Fim: / /	
Técnica:			
Periodicidade:			
Profissionais de Saúde Envolvidos:			
Local:	Carimbo/Assinatura profissional	do	Carimbo/Assinatura profissional
Data:			
( ) Autorizado		Data: / /	
( ) Não Autorizado -		Assinatura e Carimbo do Autorizador	
Motivo:			