



CASA LAR DO IDOSO DE ALEGRETE

Fundada em 12 de maio de 2001. CNPJ 04.669.483/0001-72

Certidão de Utilidade Pública Municipal: Lei nº 3591 de 15/07/2004

Certidão de Utilidade Pública Estadual: Dec./bol.nº02, D.O.de26/06/2008

Certidão de Utilidade Pública Federal –Port.nº2, 205de10/08/2004 D.O.U.11/08/2204

PLANO DE TRABALHO

| | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| 1. DADOS CADASTRAIS: | | | |
| NOME DA INSTITUIÇÃO: CASA LAR DO IDOSO DE ALEGRETE | | CNPJ: 04.669.483.0001/72 | |
| TIPO DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL: Associação sem fins lucrativos | | <input checked="" type="checkbox"/> Sem Fins Lucrativos <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Religiosa | |
| ENDEREÇO: Rua Joaquina Ortiz Houayek nº 80 | | | |
| BAIRRO: Vila Inês | CIDADE: Alegrete | U.F.: RS | CEP: 97.545-330 |
| E-MAIL: lardoidosomeni@gmail.com | | TELEFONE: (55) 3422 8207 | |
| CONTA BANCÁRIA ESPECÍFICA: 06.121839.0-6 | | BANCO: 041 – Banrisul | AGÊNCIA: 0110 - Alegrete |
| NOME DO RESPONSÁVEL: IONE DA COSTA CHAGAS | | CPF: 993.620.660-68 | |
| PERÍODO DE MANDATO: 01/04/2023 A 30/03/2025 | CI/ÓRGÃO EXPEDIDOR: 8054918241 SSP | CARGO: Presidente | |
| ENDEREÇO: BENTO GONÇALVES 78 - Alegrete/RS | | | CEP: 97.544-400 |

2 - PROPOSTA DE TRABALHO:

| | | |
|--|-------------------|---------------------|
| NOME DO PROJETO Projeto de Aquisição de Cama Hospitalar para Residentes da Casa Lar do Idoso de Alegrete. | PRAZO DE EXECUÇÃO | |
| | INÍCIO ARR | TÉRMINO 07 MESES |
| PÚBLICO ALVO: Atendimento para Idosos de Alta Complexidade, modalidade acolhimento de idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. | | |
| OBJETO DE PARCERIA: A Instituição abriga e acolhe os seus residentes, oferecendo-lhe moradia, alimentação, prestando um atendimento na área de saúde com técnicos de enfermagem, cuidadores de idosos, nutricionista e médico cedido pelo Esf Rondon. O objeto dessa parceria é fazer a aquisição de camas hospitalares para facilitar o atendimento ao nosso residente acamado, proporcione o seu bem estar e uma qualidade de vida ao acamado, onde o mesmo fica muitas horas durante o dia na cama. | | |
| DESCRIÇÃO DA REALIDADE QUE SERÁ OBJETO DA PARCERIA: Com esse valor de R\$ 43.250,00 (quarenta e três mil e duzentos e cinquenta reais), vamos fazer a aquisição de camas hospitalares para Casa Lar do Idoso de Alegrete, proporcionando uma qualidade de vida ao acamado, pois as camas que temos foram de doação, e estão bem precárias, a Instituição abriga 23 (vinte e três) acamados, sendo essa uma alternativa eficaz a assistência na saúde, sendo uma resposta para atender a demanda de pacientes portadores de doenças crônicas, evitando assim a internação hospitalar. Tornando assim esse ambiente acolher e próprio para o atendimento de alta complexibilidade ao residente acamado. As atividades da Casa Lar do Idoso de Alegrete são fundamentais para a qualidade de vida dos idosos da nossa comunidade, oferecendo oportunidades de envelhecimento saudável, desenvolvimento da autonomia e da sociabilidade - pois muitos não tem onde buscar proteção e acompanhamento, onde os casos de acolhimento vem por vulnerabilidade social, abandono. A execução das atividades e cuidados necessita e mobiliza uma equipe multidisciplinar composta de auxiliares administrativos, cuidadores, técnicos de enfermagem, nutricionistas, servidores da limpeza, cozinha e lavadeira. A capacidade total de lotação da Casa Lar do Idoso de Alegrete são 55 (cinquenta e cinco) vagas, sendo disponibilizadas como objeto da parceria 10 (dez) vagas para idosos em situação de vulnerabilidade Social, e que na grande maioria dos casos vem com seus benefícios comprometidos por empréstimos. Atualmente residem 45 (quarenta e cinco) idosos todos do sexo masculino. | | |
| JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO: | | |

A aquisição de camas hospitalares auxiliará no desenvolvimento das atividades da Casa Lar do Idoso, irá contribuir para reabilitação, promover autonomia para pessoas com deficiência e auxiliar na sua mobilidade gerando em consequência uma melhor, com as camas novas e com guardas, proporcionando ao acamado um conforto, tornando assim uma qualidade de vida no seu dia a dia.

3 - OBJETIVOS:

3.1 – GERAIS:

- Adquirir camas hospitalares para melhorar a qualidade de vida de pessoas enfermas, com necessidades especiais, limitações físicas, dos 23 (vinte e três), acamados que residem na Casa Lar do Idoso de Alegrete.

3.2 – ESPECÍFICOS:

- Contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo;
- Proporcionar uma qualidade de vida com segurança na mobilidade do acamado, prevenindo a ocorrência de quedas e lesões de pele;
- Assegurar condições com as camas novas, para que o paciente desfrute os mesmos cuidados que teria em um ambiente de hospital.

4 - METODOLOGIA:

4.1 – FORMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES OU DOS PROJETOS E DE CUMPRIMENTO DAS METAS:

- Realização de exercícios físicos conforme Cronograma de Execução, visando fortalecimento muscular, saúde cardiovascular, equilíbrio e coordenação motora;
- Realização diária de atividades em grupo visando à comunicabilidade, a interação e a troca de experiências de vida;

5 - METAS E RESULTADOS ESPERADOS:

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

- 1 - Manter a qualidade de vida física e emocional dos idosos;
- 2 - Proporcionar ao acamado uma qualidade de vida, sono no seu dia a dia.

5.2 - RESULTADOS ESPERADOS:

- 1 - Pretende-se melhor as condições de comodidade das pessoas com deficiência e com mobilidade reduzida.

5.3 - PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS:

- 1 - Verificação mensal do grau de dependência com registro fotográfico.

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

| META | ETAPA/FASE | ESPECIFICAÇÃO | INDICADOR FÍSICO | | DURAÇÃO | |
|------|------------|------------------------------|------------------|-------------|---------|----------|
| | | | UNIDA DE | QUANTIDA DE | INÍCIO | TÉRMINO |
| 1 | | Aquisição camas hospitalares | Mês | 1 | ARR | 07 MESES |

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

| RECEITA | TOTAL | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
|-------------|--------------|--------------|--------------|
| PROPONENTE | R\$43.250,00 | | R\$43.250,00 |
| CONCEDENTE | | | |
| TOTAL GERAL | | | |

| DESPESA | TOTAL | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
|--------------------|-------|--------------|---------------------|
| PROPONENTE | | | |
| CONCEDENTE | | | |
| TOTAL GERAL | | | R\$43.250,00 |

| 8 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00) | | | | | | |
|---|--------------|--------|--------|---------|---------|---------|
| 8.1 - CONCEDENTE | | | | | | |
| META | 1º MÊS | 2º MÊS | 3º MÊS | 4º MÊS | 5º MÊS | 6º MÊS |
| 1 | R\$43,250,00 | | | | | |
| META | 7º MÊS | 8º MÊS | 9º MÊS | 10º MÊS | 11º MÊS | 12º MÊS |
| 1 | | | | | | |
| 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 |
| AQUISIÇÃO DE CAMAS HOSPITALARES | R\$43.250,00 |
| TOTAL | R\$43.250,00 |

10 - PRESTAÇÃO DE CONTAS

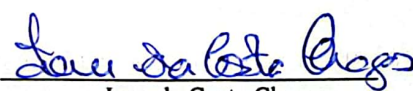
A PRESTAÇÃO DE CONTAS deverá ser encaminhada conforme previsto na Lei 13.019/2014 e Decreto Municipal nº 499/2016 ou outro que o substitua.

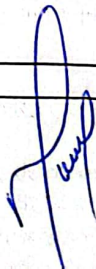






11 - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, 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.

Alegrete, 18 de maio de 2023.


 Ione da Costa Chagas
 Presidente Voluntária

12 - APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

12.1 – Secretário(a) de Município requisitante:

Aprovado Reprovado

Data: ___/___/___ Assinatura: [Handwritten Signature]

12.2

12.2 A– Comissão de Seleção:

Aprovado Reprovado

Data: ___/___/___ Assinatura: [Handwritten Signature]

12.2B – Conselho Municipal (No caso de haver repasse oriundo de Fundo Municipal, EX: COMDICA, Conselho do Idoso, etc)

Aprovado Reprovado

Data: ___/___/___ Assinatura: [Handwritten Signature]

12.3 – Gestor da Parceria (Fiscal da Parceria)

Aprovado Reprovado

Data: ___/___/___ Assinatura: [Handwritten Signature]

12.4 – Chefe do Poder Executivo:

Aprovado Reprovado

Data: ___/___/___ Assinatura: [Handwritten Signature]