

# PRESTAÇÃO DE CONTAS

## 2020

**Órgão Concessor:** Prefeitura Municipal de Pedranópolis

**Secretaria Gestora:** Secretaria Municipal De Assistência Social

**OSC:** Associação de Pais e Amigos Dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis

**Termo de Colaboração Nº 064/2018-ADITIVO**

**Fonte de Recurso:** Municipal

**Programa/Objeto:** Execução de Serviço Socioassistencial no Âmbito do Sistema Único de Assistência Social/SUAS

**Valor de Repasse:** R\$ 10.300,00

**Valor Aplicação Financeira:** R\$ 0,00

**Data de Assinatura:** 09 de Agosto de 2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRANÓPOLIS

Protocolo nº 54

Discriminação: Prestação de  
contas 2020

Data: 18 / 02 / 20

Samili Dikovia

RESPONSÁVEL

**CÓPIA**



Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis

CNPJ: 01.384.628./0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503

Av. Manoel Marques Rosa, 899-Centro CEP 15600-000 Fernandópolis-SP

---

Fernandópolis 31 de Janeiro de 2021.

Ofício nº002/2021


**Assunto:** Prestação de Contas 2020.

**A/C-** Prefeito MARCOS ADRIANO DA SILVA

**A ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS DEFICIENTES AUDITIVOS DE FERNANDÓPOLIS - APADAF**, CNPJ 01.384.628/0001-09, situada na Rua Cerqueira César Nº 295, Jardim América, em Fernandópolis, entidade privada sem fins lucrativos e que presta atendimento as pessoas com deficiência auditiva ou surdez de Fernandópolis e região. É reconhecida como de utilidade pública municipal, estadual e federal, criada em 1996 e administrada por pessoas da comunidade e todos voluntário.

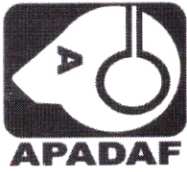
Vem por meio deste, comunicar que está sendo entregue na referida data, a prestação de contas referente ao **Termo de Colaboração Nº 064/2018-ADITIVO**, no valor de R\$ 10.300,00 (Dez Mil e Trezentos Reais).

Na oportunidade, aproveitamos para apresentar os protestos de estima e consideração.



---

Maria de Fátima Abreu da Silva  
CPF: 042.819.538-50  
**Presidente**



**Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis**

**CNPJ: 01.384.628./0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503**

**Rua: Cerqueira César N° 295, Jardim América, CEP: 15.607-024, Fernandópolis-SP**

---

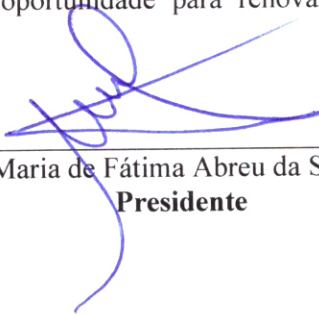
Fernandópolis/SP. 31 de Janeiro de 2021.

### **Ofício Especial**

**A Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis-APADAF**, encaminha para apreciação a Prestação de Contas proveniente dos recursos repassados pelo Município através do Termo de Colaboração n° 064/2018-Aditivo de Recurso Municipal com os documentos que segue:

- Cópia do Termo de Colaboração ou de Fomento;
- Anexo III - Cópia do Plano de Trabalho Aprovado;
- Anexo IV - Relatório Anual das Atividades desenvolvidas, identificando as custeadas com recursos próprios e as com recursos transferidos;
- Anexo V - Declaração de que não emprega menor;
- Anexo VI - Declaração de capacidade técnica;
- Anexo VII - Declaração da OSC se responsabilizando pelo recebimento, aplicação e Prestação de Contas;
- Anexo VIII - Relatório da Execução Físico e Financeira;
- Extratos da Conta Corrente e Conta de Aplicação Financeira
- Anexo IX - Conciliação Bancária da conta corrente e Conta de Aplicação Financeira;
- Anexo X – Relação dos Pagamentos;
- Anexo XI - Declaração quanto ao Art. 39 da Lei 13.019/2014;
- Anexo XII - Declaração quanto à remuneração;
- Anexo RP 13 e XIII - Cadastro do Responsável e Relação Nominal
- Anexo 14 - Demonstrativo Integral da Receita e Despesa;
- Anexo XV - Declaração de Comprovação de Endereço;
- Anexo XVI - Declaração de Guarda dos Documentos;
- Anexo XVII - Declaração quanto à autenticidade;
- Anexo XVIII - Declaração quanto à economicidade.
- Anexo XIX - Manifestação expressa do Conselho Fiscal sobre a exatidão do montante comprovado;
- Cópia do Estatuto Oficial e a Ata da última eleição;
- Cópia da Ata da última Eleição e Posse da Diretoria;
- Cópia da Ata com a aprovação das contas do exercício, pelo Conselho Fiscal;
- Inscrição da Entidade no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- Declaração de Utilidade Pública (cópia da Lei);
- Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CMAS);
- Cópia do Balanço e demais Demonstrativos Contábeis e Financeiros;
- Certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC;
- Cópia da Publicação do Balanço e Demonstrativos Contábeis;
- Cópias legíveis autenticadas das despesas (Holerites)
- Relatório Fotográfico da Execução do Projeto;
- Relação nominal dos atendidos (constando: nome do atendido, data de nascimento, filiação, endereço completo e telefone);

Aproveitamos a oportunidade para renovar-lhe nossos protestos de estima e consideração.

  
\_\_\_\_\_  
Maria de Fátima Abreu da Silva  
**Presidente**

À  
Secretaria Municipal da Fazenda  
Pedranópolis/SP



**TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 064/2018**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/18**  
**PROCESSO Nº 018/18**

Termo de Compromisso que entre si celebram o Município de Pedranópolis e a Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis - APADAF para execução de serviços socioassistenciais.

O município de Pedranópolis, com sede na Rua João Gonçalves Leite nº 510, inscrita no CNPJ sob o nº 63.893.929/0001-07 neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. Marcos Adriano da Silva, portador da Cédula de Identidade RG nº 17406731-8 e do CPF nº 093625128-07, e a Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis - APADAF, com sede na Avenida Manoel Marques Rosa nº 899, Centro, Fernandópolis/SP, inscrita no CNPJ sob o nº 01.384.628/0001-09, neste ato representada pelo Sr. Luiz Alberto Duarte, portador da Cédula de Identidade RG nº 12405902-8 e do CPF nº 002649228-83 em conjunto denominados PARCEIROS e separadamente, Município e a Organização da Sociedade Civil – OSC, respectivamente, tendo em vista a constante no processo administrativo nº 018./2018, resolvem celebrar o presente Termo, sujeitando-se, no que couber, aos termos da Lei Federal nº 13.019/2014 e suas alterações e decreto municipal nº 1638, mediante as cláusulas e condições abaixo.

**CLAÚSULA PRIMEIRA – DO OBJETO E META**

O presente termo de colaboração, decorrente de chamamento público 001/2018- SMAS, tem por objeto desenvolver o serviço de cooperação mútua na execução da Política Municipal de Assistência Social, conforme Plano de Trabalho aprovado e ratificado pelo Conselho Municipal de Assistência Social, com repasse de recursos financeiros do FMAS, vinculado ao Setor Municipal de Assistência Social – SMAS para a execução do Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade Para Pessoas com Deficiência e Suas Famílias em Unidade Referenciada – Modalidade I: Pessoas com Deficiência Auditiva e Suas Famílias, visando atender 02 usuários e atingir as metas conforme estabelecidas no edital de chamamento nº 001/2018- SMAS.

**CLAÚSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

- I – transferir os recursos referentes à participação financeira, conforme cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho aprovado;
- II – designar técnico(s) do seu quadro para realizar o monitoramento, acompanhamento e a avaliação deste Termo, observando a legislação pertinente e as normas de controle interno e externo;
- III – exigir da OSC o saneamento de eventuais irregularidades observadas em decorrência do acompanhamento, da fiscalização e da avaliação deste Termo;
- IV – providenciar o registro contábil adequado e manter atualizado controle sobre os recursos liberados e sobre as prestações de contas apresentadas;



V – proceder à publicação resumida deste Termo e de seus aditamentos na imprensa oficial, no prazo legal;

VI – comunicar ao Conselho Municipal de Assistência Social as irregularidades verificadas e não sanadas pela OSC quanto à qualidade dos serviços prestados e quanto à aplicação dos recursos financeiros transferidos, para os fins previstos no art. 36 da LOAS.

#### CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA OSC

I - disponibilizar os bens correspondentes a sua contrapartida, se for o caso, de acordo com as especificações previstas no plano de trabalho;

II - movimentar os recursos relativos a este Termo em conta bancária específica, utilizando transferência eletrônica disponível observada o disposto no art. 51 da Lei nº 13.019/2014 e suas alterações;

III – utilizar, quando da aplicação dos recursos relativos a este Termo, documentação idônea para comprovar os gastos respectivos;

IV - realizar as atividades constantes no plano de trabalho com o acompanhamento do responsável técnico indicado no Plano de Trabalho;

V - manter escrituração contábil e patrimonial regular em conformidade com as Normas Brasileiras de Contabilidade, prestar contas dos recursos financeiros recebidos na forma prevista neste Termo;

VI - apresentar relatório de execução físico-financeiro, informando o percentual realizado do objeto e a sua compatibilidade com o montante financeiro dos recursos recebidos e atendimento dos fins propostos, na periodicidade prevista neste Termo;

VII - aplicar os recursos previstos neste Termo, inclusive os rendimentos auferidos quando não utilizados, exclusivamente na execução do objeto deste Termo;

VIII - realizar cotação de preços, para aquisição de materiais de consumo e serviços necessários à execução deste Termo, sempre em conformidade com os princípios da economicidade e da eficiência e guardá-las no prazo de 10 anos sob sua responsabilidade

IX- assumir por sua conta e risco as despesas referentes às multas, juros ou correção monetária, bem como as despesas referentes atrasos nos pagamentos;

X- responder exclusivamente pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no termo de colaboração, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública a inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução;

XI - ressarcir ao MUNICÍPIO, eventuais saldos apurados e/ou valores irregularmente aplicados;

XII - divulgar na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações todas as parcerias celebradas com o poder público, contendo, no mínimo, as informações requeridas no parágrafo único do art. 11 da Lei nº 13.019/2014;

XIII – guardar os documentos originais que compõem a prestação de contas durante o prazo de 10 anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas.

#### CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRANÓPOLIS**  
ESTADO DE SÃO PAULO | CNPJ 63.893.929/0001-07



O valor do presente Termo é de R\$ 12.360,00 (Doze Mil e Trezentos e Sessenta Reais) alocados em conformidade ao cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho sendo:

Financiamento Municipal no valor de R\$ 12.360,00 (Doze Mil e Trezentos e Sessenta Reais)

Cronograma de Desembolso	Valor R\$
Parcela 01	1.030,00
Parcela 02	1.030,00
Parcela 03	1.030,00
Parcela 04	1.030,00
Parcela 05	1.030,00
Parcela 06	1.030,00
Parcela 07	1.030,00
Parcela 08	1.030,00
Parcela 09	1.030,00
Parcela 10	1.030,00
Parcela 11	1.030,00
Parcela 12	1.030,00

Financiamento Estadual no valor de R\$ \_\_\_\_\_ ( se for o caso)

Cronograma de Desembolso	Valor R\$
Parcela 01	
Parcela 02	
Parcela 03	
Parcela 04	
Parcela 05	
Parcela 06	
Parcela 07	
Parcela 08	
Parcela 09	
Parcela 10	
Parcela 11	
Parcela 12	

Financiamento Federal no valor de R\$ \_\_\_\_\_ ( se for o caso)

Cronograma de Desembolso	Valor R\$
Parcela 01	
Parcela 02	
Parcela 03	
Parcela 04	
Parcela 05	
Parcela 06	
Parcela 07	
Parcela 08	
Parcela 09	
Parcela 10	
Parcela 11	

*[Handwritten signatures and initials]*



Parcela 12

#### CLÁUSULA QUINTA – DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

A liberação dos recursos financeiros a cargo do MUNICÍPIO dar-se-á em parcelas, após assinatura deste Termo.

I - É vedada a realização de qualquer atividade/gasto prevista no plano de trabalho antes da assinatura deste Termo.

II – A OSC movimentará os recursos previstos nesta cláusula em conta(s) bancária específica.

III – Na aplicação dos recursos deverá ser observada a legislação aplicável, realizando-se sempre que possível cotação de preços, de acordo com os princípios da economicidade e da eficiência.

IV – Quando da extinção deste Termo, os saldos financeiros remanescentes, serão devolvidos ao MUNICÍPIO, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, sob pena da imediata instauração de tomada de contas especial, providenciada pelo MUNICÍPIO.

#### CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência deste Termo é de 12 (doze) meses, a contar da data de assinatura deste termo, podendo ser prorrogado por mais 12 meses.

#### CLÁUSULA SÉTIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A OSC prestará contas ao MUNICÍPIO conforme previsto no Decreto Municipal nº 1.638 de 16 de dezembro de 2016.

#### CLÁUSULA OITAVA – DA TRANSPARÊNCIA E DO CONTROLE

A Administração Pública Municipal e a OSC, atenderá os dispostos na Lei federal nº 13.019/2014, alterada pela Lei nº 13.204/2015.

#### CLÁUSULA NONA – DO MONITORAMENTO, DA FISCALIZAÇÃO E DA AVALIAÇÃO.

O MUNICÍPIO exercerá as atribuições de monitoramento, fiscalização e avaliação da execução deste Termo, mediante a elaboração de relatórios de execução do objeto e seus anexos que serão disponibilizados pelo município, realização de inspeções e visitas, e atestação da satisfatória realização do seu objeto.

I – Fica assegurado o livre acesso dos agentes da Municipalidade e do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo e outros órgãos fiscalizadores, devidamente identificados para acompanhar, a qualquer tempo e lugar, a todos os documentos, informações, atos e fatos praticados, relacionados direta/indiretamente a este Termo, quando em missão fiscalizadora e/ou de auditoria, bem como aos locais de execução do respectivo objeto;

II – O (s) parecer (es) e/ou relatório (s) técnico (s) elaborado (s) pelo servidor indicado para realizar o acompanhamento e a avaliação da execução deste Termo deverá (ão) atestar a realização do objeto, bem como se foram atingidos os fins propostos, e, ainda, contemplar, as seguintes informações: a) quando a despesa for intangível, no todo ou em parte, considerando-se intangíveis aqueles para os quais não há resultado físico aferível posteriormente, consubstanciados na realização de eventos, treinamentos, festas populares



passeios socioeducativos ou outros assemelhados; mencionará e apresentará evidências dos meios empregados para a fiscalização e verificação da sua regular execução, tais como registros fotográficos, vídeos, notícias publicadas na mídia, impressos de divulgação, publicações produzidas, listas de presenças e relatórios de atividades, dentre outros elementos

III – O acompanhamento e a fiscalização exercidos pelo MUNICÍPIO não excluem e nem reduzem as responsabilidades da OSC de acompanhar e supervisionar a equipe e as ações/serviços desenvolvidas para execução do objeto deste Termo.

#### CLÁUSULA DÉCIMA – DA EXTINÇÃO DESTE TERMO

A extinção deste Termo se dará mediante o cumprimento do seu objeto ou nas demais hipóteses previstas nos parágrafos seguintes.

I – O Termo objeto deste edital poderá ser rescindido mediante notificação escrita, com antecedência de pelo menos 120 (cento e vinte) dias, por conveniência de qualquer dos PARCEIROS, hipótese em que a OSC fica obrigada a restituir integralmente os recursos recebidos e não aplicados no objeto deste Termo, acrescidos do valor correspondente às aplicações financeiras.

II – O descumprimento de qualquer das cláusulas deste Termo constitui causa para sua resolução, especialmente quando verificadas as seguintes situações:

- a) utilização dos recursos em desacordo com o plano de trabalho;
- b) falta de apresentação de prestação de contas de qualquer parcela, conforme prazos estabelecidos;

III – Os Termos de Colaboração a serem firmados poderão ser extintos a qualquer tempo, por motivo de não repasse financeiro dos Fundos Estadual e Federal para o Municipal.

IV – Extinto o presente Termo, os recursos financeiros não aplicados na sua execução serão devolvidos ao MUNICÍPIO na forma do disposto CLÁUSULA QUINTA, sem prejuízo da necessária prestação de contas.

V – Quando se tratar de serviço socioassistencial ininterrupto, de modo a evitar a sua descontinuidade, à Administração Pública assumirá ou transferirá a responsabilidade pela execução do serviço dentro da legalidade.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA

Este termo poderá, a qualquer tempo e pôr iniciativa de qualquer dos partícipes, ser denunciado mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, ressalvada a hipótese de rescisão pôr descumprimento de suas Cláusulas ou pôr infração legal. Em qualquer caso, responderá cada partícipe pelas obrigações assumidas, até a data do rompimento do acordo.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS ALTERAÇÕES

É vedada a alteração do objeto deste Termo, salvo para a sua ampliação, desde que aprovado plano de trabalho adicional e comprovada a execução das etapas e/ou fases de execução anteriores com a devida prestação de contas.

I- A ampliação do objeto deste Termo será formalizada mediante termo aditivo.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES DA OSC





A OSC é responsável pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal, nos termos do art. 42, XIX e XX, Lei federal nº 13.019/2014, alterada pela Lei nº 13.204/2015.

I – É de responsabilidade exclusiva da OSC o pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto neste Termo, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária do MUNICÍPIO a inadimplência da OSC em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA– DA PUBLICAÇÃO

A eficácia deste Termo fica condicionada à publicação do respectivo extrato no órgão de imprensa oficial do MUNICÍPIO,

I- O município providenciará a publicação do extrato deste termo.

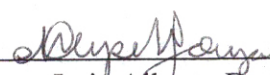
#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA– DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Fernandópolis para dirimir quaisquer questões resultantes da execução deste Termo.

E pôr estarem de acordo com as Cláusulas e condições ajustadas, firma o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

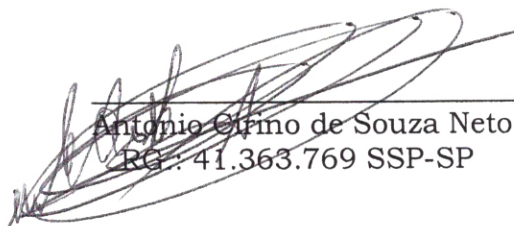
Pedranópolis, 10 de agosto de 2.018.


  
\_\_\_\_\_  
Marcos Adriano da Silva  
Prefeito Municipal

  
\_\_\_\_\_  
Luiz Alberto Duarte  
Presidente da OSC

*em anexo ata*

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
Antonio Cirino de Souza Neto  
RG.: 41.363.769 SSP-SP

  
\_\_\_\_\_  
Vanderleia R. Donato Campoy  
RG.: 20.016.236-6



**TERMO DE ADITIVO AO CONTRATO FIRMADO POR ESTA MUNICIPALIDADE, COM A ORGANIZAÇÃO DA ENTIDADE DA SOCIEDADE CIVIL APADAF (Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis)**

Nesta data, a **PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRANÓPOLIS**, neste ato representada pelo seu Prefeito Municipal, o Senhor **MARCOS ADRIANO DA SILVA**, e de outro lado a organização da entidade da sociedade civil **APADAF (Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis)**, CNPJ (MF) 01.384.628/0001-09, com sede em Fernandópolis, SP, na Av. Manoel Marques Rosa nº 899, Centro, CEP 15.600-000, neste ato representada pelo presidente Maria Aparecida de Paula Machado de Souza, conforme no CONTRATO firmado em 10 de agosto de 2018, objeto do **Processo de Chamamento Público nº 001/18**, firmam o presente TERMO ADITIVO, a saber:

**CLAUSULA PRIMEIRA:** Nos termos contratuais, as partes resolvem Aditar o Termo de Colaboração nº 062/2018, Processo nº 018/2018, firmado em 10 de agosto de 2018, destinado ao termo de colaboração com organização da sociedade, a partir da presente data e por um período de 12 (doze) meses, mantidas inalteradas as demais cláusulas contratuais.

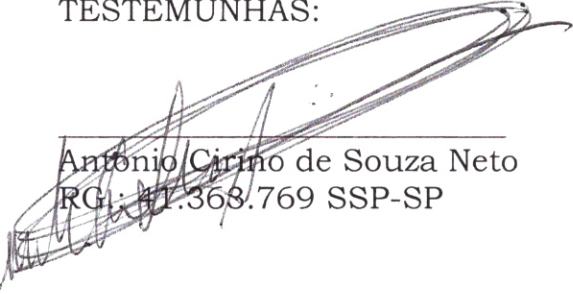
**CLAUSULA SEGUNDA:** O valor mensal do termo é de R\$ 1.030,00 (um mil e trinta reais) FINALMENTE, por estarem justos e contratados e de pleno acordo, depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelas partes e por duas testemunhas a tudo presente.

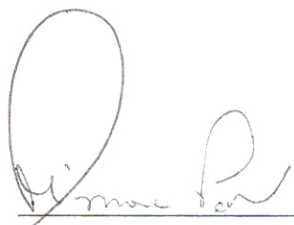
Pedranópolis, 09 de agosto de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**MARCOS ADRIANO DA SILVA**  
Prefeito Municipal

  
\_\_\_\_\_  
**MARIA AP. DE P. MACHADO DE SOUZA**  
Presidente

TESTEMUNHAS:

  
\_\_\_\_\_  
Antonio Cirino de Souza Neto  
RG.: 41.368.769 SSP-SP

  
\_\_\_\_\_  
Simone Pedrão  
RG.: 41.363.652 SSP-SP



**TERMO DE ADITIVO AO CONTRATO FIRMADO POR ESTA MUNICIPALIDADE, COM A ORGANIZAÇÃO DA ENTIDADE DA SOCIEDADE CIVIL APADAF (Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis)**


Nesta data, a **PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRANÓPOLIS**, neste ato representada pelo seu Prefeito Municipal, o Senhor **MARCOS ADRIANO DA SILVA**, e de outro lado a organização da entidade da sociedade civil **APADAF (Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis)**, CNPJ (MF) 01.384.628/0001-09, com sede em Fernandópolis, SP, na Av. Cerqueira Cesar nº 295, Jardim America, CEP 15.607-024, neste ato representada pela presidente Maria de Fatima Abreu da Silva, conforme no Termo de Colaboração firmado em 10 de agosto de 2018, objeto do **Processo de Chamamento Público nº 001/18**, firmam o presente TERMO ADITIVO, a saber:

**CLAUSULA PRIMEIRA:** Nos termos contratuais, as partes resolvem Aditar o Termo de Colaboração nº 064/2018, Processo nº 018/2018, firmado em 10 de agosto de 2018, destinado ao termo de colaboração com organização da sociedade, a partir da presente data e por um período de 05 (cinco) meses, mantidas inalteradas as demais cláusulas contratuais.

**CLAUSULA SEGUNDA:** O valor mensal do contrato é de R\$ 515,00 (Quinhentos e quinze reais), totalizando o valor de R\$ 2.575,00 (Dois mil, quinhentos e setenta e cinco reais).

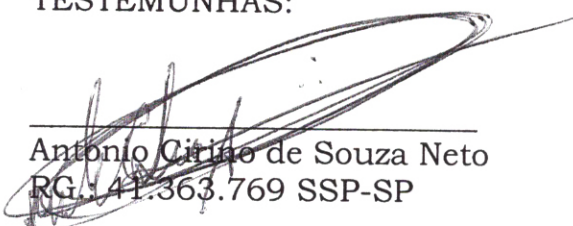
FINALMENTE, por estarem justos e contratados e de pleno acordo, depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelas partes e por duas testemunhas a tudo presente.

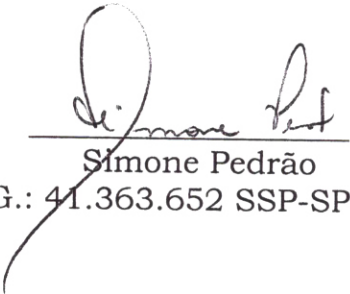
Pedranópolis, 07 de agosto de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**MARCOS ADRIANO DA SILVA**  
Prefeito Municipal

  
\_\_\_\_\_  
**MARIA DE F. ABREU DA SILVA**  
Presidente

TESTEMUNHAS:

  
\_\_\_\_\_  
Antonio Ciríaco de Souza Neto  
RG.: 41.363.769 SSP-SP

  
\_\_\_\_\_  
Simone Pedrão  
RG.: 41.363.652 SSP-SP



Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis  
CNPJ: 01.384.628/0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503

Rua Cerqueira César, nº 295, Jardim América - CEP 15607-024 Fernandópolis-SP

**PROPOSTA/PLANO DE TRABALHO SERVIÇO SOCIOASSISTENCIAL 2019.  
SPSEPDIF**

**I) IDENTIFICAÇÃO**

**Nome:** Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis/APADAF

**Endereço:** Rua: Cerqueira César N° 295 **Bairro:** Jardim América **CEP:**15.607-024

**Tel.:**17-3442-6503 **Município:** Fernandópolis

**Email:** apadaf@gmail.com

**CNPJ:** 01.384.628 /0001-90 **ATIVO:** SIM (X) NÃO ( )

**Unidade:** Pública ( ) Privada( X )

**Número de inscrição da Unidade (Privada) no Pró-Social:** SEDS/PS-5087/1998

**Inscrição do Pró-Social atualizada até:** 08 janeiro 2018.

**Inscrita no C.M.A.S. sob N° 20/2012 VIGÊNCIA:** indeterminado

**Inscrito no Cebas sob N° 49840 Validade:** 30/06/2016 – 29/06/2019.

**Tipo de Inscrição** **Entidade (x)** **Serviço ( )**  
**Inscrição no CMDCA:** 004 **Vigência:**18/05/2019 a 18/05/2020.

**Endereço onde será executado o trabalho:** (x) o mesmo acima

**Imóvel :** ( ) Próprio ( ) Cedido (x) Alugado

**Benefícios e Isenção:** ( ) **Taxas e Tributos:** ( ) municipal (x) estadual ( )  
federal ( ) **Cessão de imóveis**

**II) DO REPRESENTANTE LEGAL**

**Nome:** Maria Aparecida de Paula Machado de Souza.

**Cargo:** Presidente

**Endereço Residencial:** Progresso N°626 **Município:** Fernandópolis/SP

**Bairro:** Jardim Paulista **CEP:**15600-000

**Telefone:** 17-3462-6764

**Email particular:**

**RG:** 10.216.831 **CPF:** 109.302.768-17

**INÍCIO DO MANDATO:** 21/06/2018.

**TÉRMINO DO MANDATO:** 22/03/2020.

**II) DO RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

**Nome:** GrazielleDeliane Santos de Moura

**Formação Profissional:** Serviço Social

**Cargo/função:** Assistente Social

**N° de inscrição do Conselho Profissional:** CRESS/SP 43.753

**Tipo de Vínculo:** Consolidação das Leis Trabalhistas – C.L.T

**Carga Horária:** 30 h.

**IV)DO VALOR GLOBAL (a cada 12 meses) PARA EXECUÇÃO DO OBJETO:**

**Valor Global:** N° de usuários a serem cofinanciados: 2.



#### V) DA APRESENTAÇÃO E HISTÓRICO DA OSC:

Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis/APADAF, entidade sem fins lucrativos, fundada em 22 de junho de 1996, localizada na avenida Manoel Marques Rosa, 899 – Centro, Fernandópolis, telefone 17-3442-6503.

Nesses anos de existência, a APADAF juntamente com seus amigos, voluntários, funcionários e diretoria pode continuar realizando seus trabalhos com compromisso e dedicação a fim de atender as necessidades dos usuários e suas famílias.

Atualmente a APADAF atende 100 pessoas com deficiência auditiva e surda de forma direta e indireta entre crianças, adolescentes, jovens e adultos, que se encontra em situação de vulnerabilidade e risco social do município de Fernandópolis, Meridiano, Indiaporã, Pedranópolis, Guarani d' Oeste, Turmalina, São João do Itacema e Vitória Brasil.

Conta com Equipe Multiprofissional formada por: Fonoaudiologia, Serviço Social, Monitor em Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e Psicologia, com atendimentos realizados de segunda a sexta-feira das 8:00h as 17:00h, exceto aos sábado, domingos e feriados.

Possui oficinas de Língua Brasileiras de Sinais/LIBRAS, atividade recreativa, serviço sociassistencial com os usuários e a família, orientando sobre seus deveres e direitos, e há encaminhamento para o mercado de trabalho.

APADAF luta constantemente para a garantia dos direitos das pessoas com deficiência auditiva com orientações e desenvolvendo um trabalho coletivo fortalecendo a comunidade surda de Fernandópolis e região.

Tem se mantido com recursos próprios e de convênios, encontrando sérias dificuldades financeiras, principalmente neste ano de crise que assola o Brasil, e com o elevado custo de manutenção não possui condições financeiras de cumprir totalmente com a manutenção diária, pagamentos e encargos, realizando diversas promoções e eventos tendo o lucro revertido para o custeio de suas atividades.

#### VI) OBJETO DA PARCERIA

**Tipo de Serviço:** Proteção Social Especial/Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência e suas famílias – (Deficiência Auditiva).

**Responsável pelo Serviço na Unidade :** Taiane Priscila Martins Ferreira

**Formação Profissional:** Psicóloga.

**Capacidade mensal de atendimento:** 50      **nº de usuários cofinanciados:** 2;

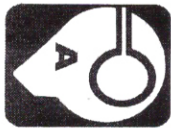
**Data de implantação deste serviço:** 13 de Junho de 2012.

**Este serviço funciona:** 30 horas por semana e 5 dias na semana.

**Este serviço atende exclusiva ou prioritariamente usuários que pertencem a alguma das comunidades tradicionais ou grupos específicos listados abaixo?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ciganos                | <input type="checkbox"/> extrativista   |
| <input type="checkbox"/> pescadores artesanais  | <input type="checkbox"/> comunidade tradicional de matriz africana              |
| <input type="checkbox"/> comunidade ribeirinha  | <input type="checkbox"/> indígenas  |
| <input type="checkbox"/> quilombolas            | <input type="checkbox"/> agricultores familiares                                |
| <input type="checkbox"/> acampamentos           | <input type="checkbox"/> população flutuante decorrente de instalação prisional |
| <input type="checkbox"/> Trabalhadores sazonais | <input type="checkbox"/> aglomerados subnormais                                 |
| <input type="checkbox"/> assentamentos          | <input checked="" type="checkbox"/> nenhuma das alternativas                    |

Trabalho essencial deste serviço:



- (X) acolhida
- (X) Escuta Qualificada
- ( ) Estudo social
- (x) Visita Domiciliar
- (X) Elaboração de PIA
- (X) Elaboração de relatório e/ou prontuários
- (X) Orientação Sócio-familiar
- (X) Orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais
- ( ) Desenvolvimento do convívio familiar, grupal e comunitário
- (x) Desenvolvimento da autonomia pessoal
- (X) Informação, comunicação e defesa de direitos
- ( ) Articulação com SGD e outras políticas setoriais
- ( ) Atividades de convívio e de organização da vida cotidiana
- ( ) Atividades Laboroterápicas

Equipe que atua no serviço

Quantidade	Função	Formação	Carga Horária no serviço	Vínculo empregatício	Exclusivo para este serviço?
01	Assistente Social	Serviço Social	10 horas	CLT	( ) s (x) n
01	Psicóloga	Psicologia	10 horas	Prestador de Serviço	( ) s (x) n
01	Cuidador	Educação Física	10 horas	CLT	( ) s (x) n
01	Orientador Social	Serviço Social	10 horas	Prestador de Serviço	( ) s (x) n
01	Coordenadora	Psicologia	30 horas	CLT	( ) s (x) n
01	Aux. Administrativo	Médio Completo	30 horas	CLT	( ) s (x) n

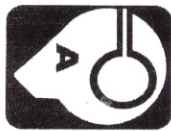
Há estagiários atuando no serviço? (x) não ( ) sim: \_\_\_\_\_

há voluntários atuando no serviço? (x) não ( ) sim: \_\_\_\_\_

### 1. JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

Mais de um bilhão de pessoas ou 15% da população mundial convivem com algum tipo de deficiência, conforme aponta a World Health Organization (WHO)<sup>1</sup>. No Brasil, cerca de 45,6 milhões de pessoas (23,9% da população) referiram ter alguma deficiência mental ou intelectual, motora, auditiva ou visual, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010. Desse total, mais de 17,7 milhões (6,7% da população) relataram alguma deficiência considerada severa (IBGE, 2010)<sup>2</sup>.

Na Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas com deficiência. Em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição determina que "é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências". E em seu artigo 227, parágrafo 1º, inciso II, determina que "O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: (...) II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o



trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação.”

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2006 reafirma esse direito e reitera que as pessoas com deficiência devem ter acesso a todos os bens e serviços da saúde, sem qualquer tipo de discriminação.

De acordo com a lei brasileira de inclusão, Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015, no seu Artigo 2º, “considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. A referida lei explicita ainda que é dever do estado assegurar à pessoa com deficiência o direito à saúde por meio de uma “atenção integral em todos os níveis de complexidade, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal e igualitário” (Art. 18) e “promovendo o bem-estar pessoal, social e econômico” (Art. 8).

Além da condição física prioritária, a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, tais como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas no seio da família, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de estresse do cuidador, desvalorização da potencialidade / capacidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia.

O serviço tem a finalidade de promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. E de acordo com a tipificação dos Serviços Socioassistencial, deve contar com equipe específica e habilitada para a prestação de serviços especializados a pessoas em situação de dependência que requeiram cuidados permanentes ou temporários. A ação da equipe será sempre pautada no reconhecimento do potencial da família e do cuidador, na aceitação e valorização da diversidade e na redução da sobrecarga do cuidador, decorrente da prestação de cuidados diários prolongados.

As ações devem possibilitar a ampliação da rede de pessoas com quem a família do dependente convive e compartilha cultura, troca vivências e experiências. A partir da identificação das necessidades, deverá ser viabilizado o acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços de políticas públicas setoriais, atividades culturais e de lazer, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador e dependente”. Soma-se a isso o fato de que os profissionais da equipe poderão identificar demandas do dependente e/ou do cuidador e situações de violência e/ou violação de direitos e acionar os mecanismos necessários para resposta a tais condições.

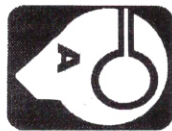
A intervenção será sempre voltada a diminuir a exclusão social tanto do dependente quanto do cuidador, a sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a interrupção e superação das violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência ou pessoa idosa.

O planejamento das ações deverá ser realizado de acordo com territorialização, demandas espontâneas, demandas advindas do CRAS, CREAS, Conselhos de Direitos e políticas intersetoriais. O referenciamento ocorrerá na entidade proponente de execução indireta do serviço, concomitantemente com o CREAS do território do usuário.

Pessoas com deficiência apresentam mais doenças crônicas e comorbidades, procuram mais internações e atendimentos ambulatoriais, além de haver maior índice de relatos de não recebimento de cuidados e de promoção à saúde do que por pessoas não deficientes (WHO, 2011). Adicionalmente, é aferido um coeficiente de mortalidade 22 vezes maior nas pessoas com deficiência que recebem o benefício assistencial (BPC) em relação à população brasileira<sup>3</sup>, justificando a necessidade de redução de tais desigualdades experimentadas no campo da saúde coletiva.

A deficiência atinge pessoas de todas as idades, gênero, religião, etnia e orientação sexual. As convenções e pactos de direitos humanos e, particularmente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aplicam-se a todos, sem discriminação. A prevalência da deficiência é relativamente alta na sociedade brasileira, atingindo quase 68% da população acima de 65 anos e um total de 23,9% de toda a população brasileira segundo o IBGE (Censo 2010).

Conforme o censo demográfico de 2000 e 2010, a população passou de 61.623 para 64.696 habitantes tendo essa população residente na área urbana em 62.715 e 1.982 residente na área rural.



No mesmo ano o censo demográfico revela que 9% da população ainda se encontram em situação de extrema pobreza, com renda per capita igual ou inferior a R\$ 70,00. Mas “Segundo a Fundação SEAD, o Índice Paulista de Responsabilidade Social, no período de 2010 a 2012, o município de Fernandópolis se enquadrou no grupo 3, com nível baixo de riqueza, porém com bons indicadores de escolaridade e longevidade” (PMAS 2016). E nessa realidade o município apresenta 2% da população que tinha pelo menos uma deficiência grave. Na atual realidade da O.S.C atende pessoas, entre surdos e que possuem deficiência auditiva<sup>4</sup> do município de Fernandópolis, já das cidades vizinhas temos 10 usuários que possuem deficiências.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 do IBGE, a Cidade de Fernandópolis possui uma população total de 64.696 habitantes (estimada em 68.823 habitantes para 2018) e informou que na cidade existem 15.066 pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas (23,27% da população). Dentre as deficiências auditivas, 0,17% da população “não consegue de modo algum”, 0,98% tem “grande dificuldade”, e 4,64% tem “alguma dificuldade”. Assim sendo, representa 5,80% das pessoas com deficiência na cidade, já que 3.752 pessoas declararam algum tipo de deficiência visual no Censo 2010, como podemos ver no quadro abaixo:

<b>Censo Demográfico IBGE 2010 – Pessoas por tipo de deficiência em Fernandópolis</b>	<b>Pessoas</b>
População residente com deficiência auditiva - não consegue de modo algum	115
População residente com deficiência auditiva - grande dificuldade	633
População residente com deficiência auditiva - alguma dificuldade	3.004
População residente com deficiência visual - não consegue de modo algum	103
População residente com deficiência visual - grande dificuldade	1.936
População residente com deficiência visual - alguma dificuldade	8.199
População residente com deficiência motora - não consegue de modo algum	329
População residente com deficiência motora - grande dificuldade	1.749
População residente com deficiência motora - alguma dificuldade	3.918
População residente com mental/ intelectual	852

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/fernandopolis/pesquisa/23/23612?detalhes=true>

O serviço contribui para o fortalecimento da família no seu papel protetivo, realizar atividades com a finalidade de aumentar a autonomia, romper barreiras e ampliar a participação social, qualificar a convivência familiar e comunitária, prestar cuidados pessoais nas situações de dependência, promover a capacitação e a descoberta de novos saberes sobre cuidados pessoais, identificar novas tecnologias assistivas regulares de ajuda e autonomia, apoiar e orientar aos cuidadores familiares, contribuir para a superação das situações de isolamento social e das barreiras de inclusão social da dupla cuidado e cuidador familiar.

Sabemos que na nossa cidade e região a APADAF é a única entidade que se propõe a desenvolver projetos e serviços voltados para pessoa com deficiência com especificidade na audição. A intervenção será sempre voltada para diminuir a sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a interrupção e superação das violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência ou pessoa idosa.

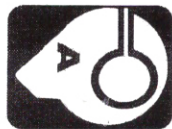
<sup>1</sup> World report on disability 2011 - (pp. 323-325) Disponível em [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)

<sup>2</sup> Censo Demográfico 2010. Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br>

<sup>3</sup> Cunha Falcão, S., & de França, I. S. X. (2016). Morbidade e mortalidade em pessoas com deficiência na Previdência Social do Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(2), 242-249

<sup>4</sup> Diferença entre Surdo e Deficiente Auditivo em uma perspectiva histórica e cultural: Surdos: Os surdos, ou Surdos com letra maiúscula, como proposto por alguns autores, são pessoas que não se consideram deficientes, utilizam uma língua de sinais (LIBRAS), valorizam sua história, arte e literatura e propõem uma pedagogia própria para a educação das crianças surdas. Deficientes Auditivos: São aqueles que possuem perda auditiva, porém não se identificam com a cultura e a comunidade surda.





## 2. OBJETIVOS/RESULTADOS ESPERADOS e METAS:

### Objetivos

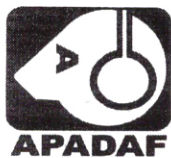
**2.1 - Objetivo Geral:**- Prestar serviços especializados a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por violação de direito, ou com direitos sociais violados. Promover a autonomia e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência e idosas com dependência, seus cuidadores e suas famílias. Promover apoio às famílias na tarefa de cuidar, diminuindo a sua sobrecarga de trabalho e utilizando meios de comunicar e cuidar que visem à autonomia dos envolvidos e não somente cuidados de manutenção.

### 2.2 Objetivo Específico:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS
Promover apoio às famílias na tarefa de cuidar, diminuindo a sua sobrecarga de trabalho e utilizando meios de comunicar e cuidar que visem à autonomia dos envolvidos e não somente cuidados de manutenção;	Melhoria da qualidade de vida familiar;
Promover a autonomia e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência e com dependência, seus cuidadores e suas famílias;	Acessos as políticas públicas e setoriais;
Desenvolver ações especializadas para a superação das situações violadoras de direitos que contribuem para a intensificação da dependência;	Diminuição da sobrecarga dos cuidadores advinda da prestação continuada de cuidados a pessoas com dependência;
Prevenir o abrigamento e a segregação dos usuários do serviço, assegurando o direito à convivência familiar e comunitária;	Redução e prevenção de situações de isolamento social e de abrigamento institucional;
Promover acessos a benefícios, programas de transferência de renda e outros serviços socioassistenciais, das demais políticas públicas setoriais e do Sistema de Garantia de direitos.	Fortalecimento da convivência familiar e comunitária.

### METAS:

Metas	Indicadores	Meios de Verificação
Atendidos	Nº de Atendidos	Relatórios/Prontuários
Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento atualizados	Nº de Planos elaborados	1) Planos Elaborados e Atualizados
Ofertar no mínimo 01 grupo socioeducativo com as famílias.	Participação e frequência	1) Registro fotográfico com descrição. 2) Registro das atividades aplicadas 3) Lista de Presença



Satisfação das usuários/família	Grau de satisfação do usuário/família	1) Pesquisa de satisfação com os usuários e suas famílias
---------------------------------	---------------------------------------	---

### 3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO A SER ATENDIDA

#### a. Sexo

Masculino       Feminino       Ambos

#### b. Moradia

Urbano       Rural       Ambos

#### c. Principais situações de vulnerabilidades dos usuários deste serviço

- Dependência para realização das AVDS  
 Necessidade de acesso a serviços de outros setores  
 Discriminação por deficiência  
 Necessidade de acesso a programas, benefícios e serviços  
 em situação de violência  
 Deficiência intelectual  
 Necessidade de habilitação e/ou reabilitação  
 Deficiência física, motora ou sensorial  
 Vivência de isolamento social       Alto nível de estresse do cuidador

#### d. Os usuários atendidos por este serviço, também são atendidos por:

- Bolsa Família : 2     Ação Jovem: \_\_\_\_\_  
 Renda Cidadã: \_\_\_\_\_     SP Amigo do Idoso : \_\_\_\_\_  
 BPC Idoso : 5       BPC Pessoa com deficiência: 3  
 Programa Frentes de Trabalho: \_\_\_\_\_

### 4. METODOLOGIA- OPERACIONALIZAÇÃO

#### a. Metodologia- Operacionalização

O Serviço de PSE para pessoas com deficiência, pessoas idosas e suas famílias integra os serviços propostos na PSE de Média Complexidade, de acordo com as normas estabelecidas pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O serviço tem a finalidade de potencializar a autonomia, a dependência e a inclusão social da pessoa com deficiência e da pessoa idosa, com vistas à melhoria de sua qualidade de vida. Para tanto, deve contar com equipe específica e habilitada para a prestação dos serviços especializados a pessoas em situação de dependência que necessitem de cuidados permanentes ou temporários. A ação da equipe estará pautada no reconhecimento do potencial da família e do cuidador, apoiando-os no exercício da função. As ações devem possibilitar ainda a ampliação das redes sociais de apoio e o acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços socioassistenciais, políticas públicas setoriais e órgãos de defesa de direitos, quando for o caso.

Conforme o Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "b", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, entender-se-á por deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.

O serviço contribuirá para evitar o isolamento social da pessoa com deficiência e do cuidador familiar e outras situações de risco e violação de direitos e tem a finalidade de promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes, contando com equipe específica e habilitada para a prestação de serviços especializados a pessoas em situação de dependência que requeiram cuidados permanentes ou temporários. A ação da equipe será sempre pautada no reconhecimento do potencial da família e do cuidador, na aceitação e valorização da diversidade e na redução da sobrecarga do cuidador, decorrente da prestação de cuidados diários prolongados.

Para a inclusão do usuário no serviço será realizado pela equipe técnica:



**-Acolhida e escuta qualificada**, o usuário e família, chegará na Osc através de demanda espontânea e encaminhamento da rede socioassistencial, em sequência ocorrerá através de entrevista com a família/usuário conhecendo o perfil dos usuários e das famílias/cuidadores, onde serão solicitados documentos pessoais, exames de audiometria, explicações sobre o serviço, e demais **orientações sociofamiliar** de acordo com a realidade de cada usuário/família/cuidador.

**-Visita domiciliar** ocorrerá de acordo com a especificidade e necessidade de cada usuário e família;

**-Elaboração do PIA-** o plano de atendimento individual e familiar acontecerá na osc, em sequência da acolhida/escuta, pela assistente social e ou psicóloga, onde já ficará estabelecido a disponibilidade do usuário, a necessidade de **atendimento psicossocial** poderá ser levantada na escuta, ou surgir durante a execução do serviço.

**-Elaboração de relatório e prontuários**-relatórios serão feitos mensalmente pela equipe técnica, baseados nos instrumentais utilizados na execução do serviço, podendo seguir modelo solicitado da gestão de parceria, os prontuários serão atualizados pela equipe técnica, com orientações da gestão de parceria do município, registrando informações do relatório de acompanhamento familiar;

**-Orientação e encaminhamentos para rede de serviços locais;** serão feitos encaminhamentos de acordo com a necessidade, sendo acompanhados até a efetivação, garantindo os direitos ao acesso de toda a rede socioassistenciais e demais políticas públicas, através do instrumental de referência/contra referência;

**-Desenvolvimento da autonomia pessoal, informação comunicação e defesa de direitos:** através de teorias e práticas em habilitar o usuário a frequentar locais de serviços públicos e particulares e nas diversas situações cotidianas, já para garantir a defesa de direitos, serão feitos orientações, visitas in loco (aos órgãos de direito, fórum, INSS, Câmara Municipal, Polícia Militar e outros) e palestras assim trazendo com clareza os direitos e deveres como cidadãos. Com as oficinas de LIBRAS que servirá de apoio para o desenvolvimento de sua autonomia.

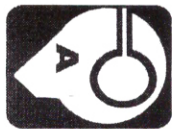
**Grupo socioeducativo com a família:** Ocorrerá uma vez por mês com a família/cuidador, que servirá de apoio a esses, na diminuição do stress, decorrentes dos cuidados prolongados na família, onde terão oportunidade de trocar experiências, com o apoio de profissionais especializados com temas trazidos pelos participantes, através de dinâmicas, rodas de conversa e atividades lúdicas.

**Pesquisa de satisfação:** ocorrerá semestralmente para avaliar o desempenho e realização do serviço ofertado pela osc, através de instrumental elaborado pela equipe técnica (humorômetro).

#### 4.2 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

##### 1. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

DIMENSÕES	ATIVIDADES	JAN/20	FEV/20	MAR/20	ABR/20	MAI/20	JUN/20	JUL/20	AGOSTO/20	SETEMBRO/20	OUT/20	NOV/20	DEZ/20
Trabalho Técnico-Operativo	Atualização de prontuários	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Elaboração de relatórios	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Plano individual e familiar	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Acolhida e escuta qualificada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Trabalho com os	Pesquisa de						x					x	



	satisfação												
	Desenvolvimento da autonomia pessoal, informação comunicação e defesa de direitos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Trabalho com a Família	Visita domiciliar (ocorrerá de acordo com a especificidade e necessidade de cada usuário e família);	x	x	x	x								
Trabalho no Território	Orientação e encaminhamentos para rede de serviços (ocorrerá de acordo com a especificidade e necessidade de cada usuário e família);	x	x										
	Grupo socioeducativo com a família	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

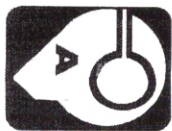
Especificação das Atividades: (Segue em anexo).

**6. RECURSOS FINANCEIROS (preenchimento apenas na fase de celebração)**

**Fundos Municipais**

Fundo	Valor
Assistência Social	R\$

**Fundos Estaduais**



Fundo	Valor
Assistência Social	R\$
Assistência Social – Reprogramação	R\$

**Fundos Federais**

Fundo	Valor
Assistência Social	R\$

**Fundos Próprios**

Fundo	Valor
Assistência Social	R\$

**VII) RECURSOS LOGÍSTICOS**

**ESPAÇO FÍSICO – uso do serviço**

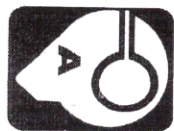
**VII) RECURSOS LOGÍSTICOS**

**AMBIENTE FÍSICO  
ESPAÇO FÍSICO**

Quantidade	Descrição
01	Recepção
01	Brinquedoteca
01	Coordenação
01	Equipe técnica
01	Sala para atendimento individual e coletivo
01	Área externa para atividades lúdicas
01	Cozinha
02	Banheiros

**RECURSOS MATERIAIS: EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE – uso do serviço**

Quantidade	Descrição
1	Automóvel (Carro)
3	Longarinas
6	Mesas para computadores
6	Cadeiras almofadadas
8	Computadores
7	Mesas (estilo escritório)
5	Cadeiras giratórias
1	TV
2	Estantes de metal
10	Armários de metal
2	Armários de metal com gavetas
1	Geladeira
1	Freezer
10	Carteiras e cadeiras (escolares)



1	Notebook
5	Ventiladores
1	Data show
1	Fogão
1	Forno
1	Telão
1	Mesa de madeira (para as refeições)
8	Cadeiras plásticas

#### VIII) EXECUÇÃO FÍSICA E FINANCEIRO

#### 4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

META	ETAPA/FASE	ESPECIFICAÇÃO	PERÍODO	
1	1.1	Pagamento de recursos Humanos OU parte de pagamento de recursos humanos	Início 1º parcela	Término 12º parcela

#### 5. PLANO DE APLICAÇÃO

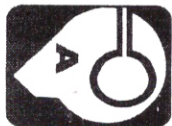
ETAPA/FASE	/Especificação	Valor Total
1.1 Recursos Humanos	1.1.1 Funcionários da O.S.C.	R\$ 12.360,00
<b>TOTAL</b>		<b>R\$</b>

#### JUSTIFICATIVA DE PAGAMENTO EM ESPÉCIE

ETAPA/FASE	/Especificação	Justificativa

#### 6 Cronograma de Desembolso

Parcela	Etapa /especificação 1.1	TOTAL
1	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
2	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
3	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
4	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
5	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00



Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis  
CNPJ: 01.384.628/0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503

**APADAF**

Rua Cerqueira César, nº 295, Jardim América - CEP 15607-024 Fernandópolis-SP

6	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
7	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
8	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
9	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
10	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
11	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
12	R\$ 1.030,00	R\$ 1.030,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 12.360,00</b>	<b>R\$ 12.360,00</b>

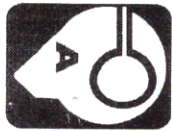
**VII- VIGÊNCIA**

O prazo de vigência da parceria, proposto pelo presente plano de trabalho será de 12 meses, condicionado a atualização anual da execução física e financeira.

Fernandópolis 10 de Agosto de 2019.

\_\_\_\_\_  
Maria Aparecida de Paula Machado de Souza  
Assinatura do representante  
R.G. 10.216.831

\_\_\_\_\_  
Grazielle Deliane Santos de Moura  
Assinatura do Responsável pela Elaboração  
do Plano de Trabalho



Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis  
CNPJ: 01.384.628/0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503

**APADAF**

Rua Cerqueira César, nº 295, Jardim América - CEP 15607-024 Fernandópolis-SP

Avaliação da Comissão de Seleção:

Selecionado totalmente ( )

Selecionado com ressalvas a serem sanadas ( ) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eliminado ( ) : \_\_\_\_\_

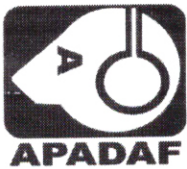
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente da Comissão

\_\_\_\_\_  
membro

\_\_\_\_\_  
membro





Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis

CNPJ: 01.384.628./0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503

Rua: Cerqueira César N° 295, Jardim América, CEP: 15.607-024, Fernandópolis-SP

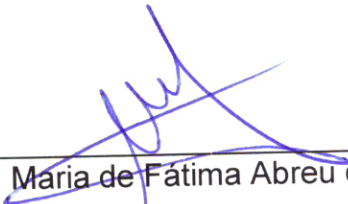
---

## ANEXO V

### DECLARAÇÃO

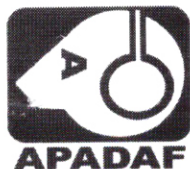
A Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis-APADAF, inscrita no CNPJ sob o nº 01.384.628/0001-09, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) **Maria de Fátima Abreu da Silva** portador(a) da Carteira de Identidade - RG nº 14.276.185.5 e do CPF nº 042.819.538-50 DECLARA, sob as penas da lei, para fins do disposto no inciso V, art. 27, da Lei federal nº 8.666/93, cumprindo o disposto no inciso XXXIII, art. 7º, da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos, assim como assume o compromisso de declarar a superveniência de qualquer fato impeditivo à sua habilitação.

Fernandópolis, 31 de Janeiro de 2021.

  
\_\_\_\_\_  
Maria de Fátima Abreu da Silva

**Presidente**

CPF: 042.819.538-50



Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis

CNPJ: 01.384.628./0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503

Rua: Cerqueira César N° 295, Jardim América, CEP: 15.607-024, Fernandópolis-SP

## DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL (Art. 33, V, “C” da Lei nº 13.019/2014)

Eu, Maria de Fátima Abreu da Silva, brasileiro(a), portador(a) da CI N°14.276.185-5, e CPF N°042.819.538-50, residente e domiciliada na Avenida Francisco de Oliveira N° 112, Bairro Por do Sol representante legal da Organização da Sociedade Civil, denominada de **Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis-APADAF**, com sede à Rua: Cerqueira César N° 295, Jardim América, na cidade de Fernandópolis, inscrito no CNPJ nº01.384.628/0001-09, **DECLARO**, sob pena de responsabilidade civil, penal e administrativa e nos termos da Lei nº 13.019/2014, art. 33, “c”, que a referida entidade possui capacidade técnica e operacional e está em pleno e regular funcionamento, cumprindo suas finalidades estatutárias, dispondo de estrutura e recursos necessários para execução do Termo de Colaboração, em especial as seguintes:

### 1 RECURSOS HUMANOS

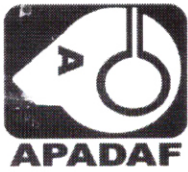
Quantidade	Função	Formação
1	Assistente Social	Serviço Social
1	Psicóloga	Psicologia
1	Monitor Social	Educação Física
1	Orientador Social	Serviço Social
1	Coordenador	Psicologia
1	Auxiliar Administrativo	Ensino Médio

### 2 INSTALAÇÕES FÍSICAS

Quantidade	Descrição
01	Recepção
01	Sala Oficinas de computação e LIBRAS
01	Brinquedoteca
01	Sala Coordenação
01	Sala Equipe técnica
01	Sala para atendimento individual e coletivo
01	Área externa para atividades lúdicas
01	Cozinha com refeitório
02	Banheiros com acessibilidade

### 3 EQUIPAMENTOS/ MOBILIÁRIOS

Quantidade	Descrição
1	Automóvel
3	Longarinas
6	Mesas para computadores
6	Cadeiras almofadadas
8	Computadores
7	Mesas (estilo escritório)
5	Cadeiras giratórias
1	TV
2	Estantes de metal
10	Armários de metal




Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis

CNPJ: 01.384.628./0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503

Rua: Cerqueira César N° 295, Jardim América, CEP: 15.607-024, Fernandópolis-SP

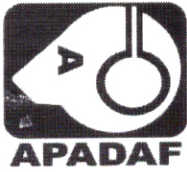
---

2	Armários de metal com gavetas
1	Geladeira
2	Freezer
10	Carteiras e cadeiras (escolares)
1	Notebook
5	Ventiladores
1	Data show
1	Fogão
1	Forno Industrial
1	Telão
1	Mesa de madeira (para as refeições)
8	Cadeiras plásticas
2	Microondas



---

Maria de Fátima Abreu da Silva  
CPF: 042.819.538-50  
**Presidente**



Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis

CNPJ: 01.384.628./0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503

Rua: Cerqueira César N° 295, Jardim América, CEP: 15.607-024, Fernandópolis-SP

---

## ANEXO VII

### DECLARAÇÃO

Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis-APADAF, inscrita no CNPJ sob o nº 01.384.628/0001-09 por intermédio de seu representante legal o(a) Sr(a) **Maria de Fátima Abreu da Silva** portador(a) da Carteira de Identidade - RG nº14.276.185.5 e do CPF nº 042.819.538-50 DECLARA, sob as penas da lei, que a OSC está ciente da responsabilidade sob os recursos recebidos, bem como da sua aplicação em poupança e ou fundos de investimentos, execução e prestação de contas junto ao Órgão Concessor.

Fernandópolis, 31 de Janeiro de 2021.



---

Maria de Fátima Abreu Da Silva

**Presidente**

CPF:042.819.538-50



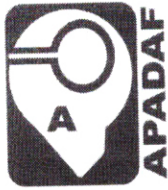
Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis

CNPJ: 01.384.628./0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503

Rua: Cerqueira César, N° 295, Jardim América CEP-15.607-024, Fernandópolis-SP

## RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FINANCEIRA - PAGAMENTOS

OSC	Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis - APADAF		Período de Execução:		Valor R\$				
	Termo de Colaboração	N° 064/2018-ADITIVO	De: 01/01/2020	Até: 09/08/2020					
Meta	Etapas/Fase	Nome Fornecedor	CNPJ/CPF	Item despesa	Documento Recurso	Espécie	Pagamento Número	Espécie	
1	1.1.1	Parte Pagamento Monise Ule Belotti		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	550.402.000.027.812	Transferência Eletrônica	R\$ 280,00
1	1.1.1	Parte Pagamento Glaucia M. Sagionetti Lopes		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	556.778.000.017.363	Transferência Eletrônica	R\$ 579,48
1	1.1.1	Parte Pagamento Danilo Ruiz de Souza		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	20.401	Transferência Eletrônica	R\$ 170,52
1	1.1.1	Parte Pagamento Grazielle D. Santos de Moura		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	550.402.000.034.278	Transferência Eletrônica	R\$ 718,16
1	1.1.1	Parte Pagamento Grazielle D. Santos de Moura		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	550.402.000.034.278	Transferência Eletrônica	R\$ 718,16
1	1.1.1	Parte Pagamento Taiane P. Martins Ferreira		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	550.402.510.032.728	Transferência Eletrônica	R\$ 36,60
1	1.1.1	Parte Pagamento Glaucia M. Sagionetti Lopes		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	556.778.000.017.363	Transferência Eletrônica	R\$ 579,48
1	1.1.1	Parte Pagamento Danilo Ruiz de Souza		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	30.201	Transferência Eletrônica	R\$ 424,63
1	1.1.1	Parte Pagamento Tiago. M de Morais		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	550.402.000.020.978	Transferência Eletrônica	R\$ 658,85
1	1.1.1	Parte Pagamento Monise Ule Belotti		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	550.402.000.027.812	Transferência Eletrônica	R\$ 280,00
1	1.1.1	Parte Pagamento Glaucia M. Sagionetti Lopes		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	556.778.000.017.363	Transferência Eletrônica	R\$ 579,48
1	1.1.1	Parte Pagamento Taiane P. Martins Ferreira		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	550.402.510.032.728	Transferência Eletrônica	R\$ 124,64
1	1.1.1	Parte Pagamento Grazielle D. Santos de Moura		Recursos Humanos	Municipal	Folha Pagamento	550.402.000.034.278	Transferência Eletrônica	R\$ 766,63



Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos de Fernandópolis

CNPJ: 01.384.628./0001-09 - Fone: (17) 3442 – 6503

Rua: Cerqueira César, N° 295, Jardim América CEP-15.607-024, Fernandópolis-SP

		Parte Pagamento	Taiane P.	Recursos	Municipal	Folha Pagamento	de	550.402.510.032.728	Transferência	R\$
1	1.1.1	Martins Ferreira	Taiane P.	Humanos	Municipal	Folha Pagamento	de	550.402.510.032.728	Eletrônica	R\$ 165,49
1	1.1.1	Parte Pagamento Sagionetti Lopes	Glaucaia M.	Humanos	Municipal	Folha Pagamento	de	556.778.000.017.363	Transferência Eletrônica	R\$ 72,90
1	1.1.1	Parte Pagamento Morais	Tiago. M de	Humanos	Municipal	Folha Pagamento	de	550.402.000.020.978	Transferência Eletrônica	R\$ 658,67
1	1.1.1	Parte Pagamento Martins Ferreira	Taiane P.	Humanos	Municipal	Folha Pagamento	de	550.402.510.032.728	Transferência Eletrônica	R\$ 666,00
1	1.1.1	Parte Pagamento de Souza	Danilo Ruiz	Humanos	Municipal	Folha Pagamento	de	61.501	Transferência Eletrônica	R\$ 760,31
1	1.1.1	Parte Pagamento Martins Ferreira	Taiane P.	Humanos	Municipal	Folha Pagamento	de	550.402.510.032.728	Transferência Eletrônica	R\$ 715,49
1	1.1.1	Parte Pagamento de Souza	Danilo Ruiz	Humanos	Municipal	Folha Pagamento	de	90.301	Transferência Eletrônica	R\$ 314,51
1	1.1.1	Parte Pagamento Santos de Moura	Grazielle D.	Humanos	Municipal	Folha Pagamento	de	550.402.000.034.278	Transferência Eletrônica	R\$ 608,41
1	1.1.1	Parte Pagamento de Souza	Danilo Ruiz	Humanos	Municipal	Folha Pagamento	de	102.201	Transferência Eletrônica	R\$ 421,59
<b>TOTAL</b>										
<b>R\$ 10.300,00</b>										

Maria de Fátima Abreu da Silva	Contador Responsável
Presidente	Jocelir Nunes de Oliveira
CPF: 042.819.538-50	CPF: 098.088.018-11

CRC: SP-194703/O-8



## Consultas - Extrato de conta corrente

G338081156766857008  
08/01/2021 12:33:20

## Cliente - Conta atual

Agência 402-2  
Conta corrente 33571-1 ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
Período do extrato 01 / 2020

## Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
24/12/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
31/01/2020		0000	00000	000 S A L D O			0,00 C

-----  
OBSERVAÇÕES:  
-----

---

Transação efetuada com sucesso por: JC541815 MARIA DE FATIMA ABR.



## Consultas - Extrato de conta corrente

G338081156766857009  
08/01/2021 12:33:40

## Cliente - Conta atual

Agência 402-2  
 Conta corrente 33571-1 ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 Período do extrato 02 / 2020

## Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
24/12/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
04/02/2020	04/02/2020	0000	99015	870 Transferência recebida	550.402.000.100.615	1.030,00 C	
04/02/2020	04/02/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	550.402.000.027.812	280,00 D	
04/02/2020	04/02/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	556.778.000.017.363	579,48 D	
04/02/2020	04/02/2020	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.401	170,52 D	0,00 C
14/02/2020	14/02/2020	0000	99015	870 Transferência recebida	550.402.000.230.311	3.090,00 C	
14/02/2020	14/02/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	550.402.000.034.278	718,16 D	
14/02/2020	14/02/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	550.402.000.034.278	718,16 D	
14/02/2020	14/02/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	550.402.000.100.615	1.030,00 D	
14/02/2020	14/02/2020	0000	99015	120 Transferido para Poupança	550.402.510.032.728	36,60 D	
14/02/2020	14/02/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	556.778.000.017.363	579,48 D	7,60 C
27/02/2020	27/02/2020	0000	99015	870 Transferência recebida	550.402.000.230.311	1.030,00 C	1.037,60 C
29/02/2020		0000	00000	870 S A L D O			1.037,60 C

-----  
 OBSERVAÇÕES:  
 -----

Transação efetuada com sucesso por: JC541815 MARIA DE FATIMA ABR.



# RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - R P A

N° DO RECIBO  
000049

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

MATRÍCULA (CNPJ OU CEI)

ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS

01.384.628/0001-09

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE  
, a importância de R\$ 1080.00

\*HUM MIL OITENTA REAIS\*

CONFORME DISCRIMINATIVO ABAIXO:

SALÁRIO BASE	TAXA	VALOR DO INSS
1.350,00		
<b>CARRETEIRO (VLR. BASE P/ CÁLCULO DO INSS)</b>		
APLICAR 20,00 % SOBRE O VALOR DO FRETE PAGO		
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
INSS.....	20213691447	
CPF.....	348.900.628-31	
.....	47.128.446-4	
ÓRGÃO EMISSOR.:	SSP -SP	
<b>CONSELHO REGIONAL</b>		
CRP...	124332	
<b>LOCAL E DATA</b>		
LOCALIDADE....:	Fernandópolis	
DATA.....:	07/01/2020	

### ESPECIFICAÇÃO

01	VALOR DO SERVIÇO PRESTADO	1.350,00
02		0,00
	<b>SOMA</b>	1.350,00
<b>DESCONTOS</b>		
03	I.R.R.F. <i>Orgão Concessor</i>	0,00
04		0,00
05	INSS Segurado. <i>Contribuinte</i>	270,00
06	Termo de <i>05/1/2013</i>	0,00
07	<i>Termo Aditivo</i>	0,00
08		0,00
09	SEST/SENAT <i>Monise Ule Belotti</i>	0,00
	<b>VALOR LÍQUIDO</b>	1.080,00

ASSINATURA  
*Monise Ule Belotti*  
NOME COMPLETO  
MONISE ULE BELOTTI CASTILHERI

04/02/2020 03:37:11

<https://aapj.bb>



### Emissão de comprovantes

04/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:57:03  
40200402 SEGUNDA VIA 0007  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1  
 =====  
 DATA DA TRANSFERENCIA 04/02/2020  
 NR. DOCUMENTO 550.402.000.027.812  
 VALOR TOTAL 280,00  
 \*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
 CLIENTE: MONISE ULE BELOTTI  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 27.812-2  
 NR. DOCUMENTO 550.402.000.033.571  
 =====  
 NR. AUTENTICACAO A.C26.24D.254.4BA.098

# RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - R P A

Nº DO RECIBO  
000010

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA	MATRÍCULA (CNPJ OU CEI)
ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS	01.384.628/0001-09

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE  
, a importância de R\$ 929,48

Orgão Concessor *Pedranópolis*

\*NOVECENTOS E VINTE E NOVE REAIS E QUARENTA E OITO CENTAVOS\*\*\*\*\*  
Termo de *Pedranópolis* nº *069/2018*

CONFORME DISCRIMINATIVO ABAIXO:

SALÁRIO BASE	TAXA	VALOR DO INSS
1.161,84		
<b>CARRETEIRO (VLR. BASE P/ CÁLCULO DO INSS)</b>		
APLICAR 20,00 % SOBRE O VALOR DO FRETE PAGO		
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
INSS.....: 19006797491		
CPF.....: 217.211.288-75		
RG.....: 29.228.720-3		
CÃO EMISSOR.: SSP -SP		
<b>CONSELHO REGIONAL</b>		
<b>LOCAL E DATA</b>		
LOCALIDADE....: Fernandopolis		
DATA.....: 07/01/2020		


### ESPECIFICAÇÃO

01	VALOR DO SERVIÇO PRESTADO	1.161,84
02	<i>Retirada 21/01/2020</i>	<i>21.579,48,00</i>
	<b>SOMA</b>	<b>1.161,84</b>

### DESCONTOS

03	I.R.R.F	0,00
04		0,00
05	INSS Segurado.	232,36
06		0,00
07		0,00
08		0,00
09	SEST/SENAT	0,00

**VALOR LÍQUIDO** 929,48

**ASSINATURA**  
  
**NOME COMPLETO**  
 GLAUCIA MILENE SAGIONETI LOPES

633W... 04/02/2020 https://aapj.bb..

04/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:57:03  
040200402 SEGUNDA VIA 0012  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1  
 DATA DA TRANSFERENCIA 04/02/2020  
 NR. DOCUMENTO 556.778.000.017.363  
 VALOR TOTAL 579,48  
 \*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
 CLIENTE: GLAUCIA MILENE SAGIONETI  
 AGENCIA: 6778-4 CONTA: 17.363-0  
 NR. DOCUMENTO 550.402.000.033.571  
 NR. AUTENTICACAO 1.B94.C2A.DBB.E38.F1E

Transação efetuada com sucesso por: JA731892 MARIA APARE

# RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL

Competência: Janeiro/2020  
 Divisão R.H.: 000.000.000  
 Função: Aux. Administrativo

Empresa: 0247 ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS  
 Rua CERQUEIRA CÉSAR, 295 - JARDIM AMERICA  
 Fernandópolis SP 15607-024 CNPJ: 01.384.628/0001-09

Nº Reg. 01022 Chapa Nome **DANILO RUIZ DE SOUZA**

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO NORMAL	30,00	1.939,15	
101	I.N.S.S. <i>Orgão Concessor Prefeitura de Pedranópolis</i>	9,00		174,52
<p><i>Termo de Colheita nº 004/2019</i>  <i>Nº termo Anulativo</i>                  Este documento pertence à Proteção Social <i>Partido Povo</i>  <i>Processo SEDS nº 4174/2019</i>  <i>Termo de Colheita nº 007/2019</i>                  SMASC <i>Partido Povo</i>  <i>R\$ 460,00</i></p>				
<p><i>Este documento pertence à Proteção Social</i>  <i>Processo SEDS nº 4175/2019</i>                  Este documento pertence à Proteção Social  <i>Processo SEDS nº 4175/2019</i>                  Termo de Colheita nº 005/2019                  SMASC <i>Partido Povo</i>  <i>R\$ 770,00</i></p>				
<b>RESUMO DO SALÁRIO</b>		Salário Base	Sal. Contribuição	Total de Descontos
		1.939,15	1.939,15	174,52
Base Cál. F.G.T.S		F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	<b>LÍQUIDO A RECEBER</b>
1.939,15		155,13	1.764,63	<b>1.764,63</b>

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

*07/02/2020*  
 DATA

*Daniilo Ruiz de Souza*  
 ASSINATURA DO FUNCIONARIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

28/02/2020

<https://aapj.bb>



## Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
 28/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 13.37.28  
 0402200402 SEGUNDA VIA 0010

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
 COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
 CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
 REMETENTE : ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
 AGENCIA: 0094-9 - FERNANDOPOLIS  
 CONTA: 1.032.859-7

FAVORECIDO: DANILO RUIZ DE SOUZA  
 CPF/CNPJ: 420.825.568-40  
 VALOR: R\$ 170,52  
 DEBITO EM: 04/02/2020

DOCUMENTO: 020401  
 AUTENTICACAO SISBB: 2.2B4.16A.E52.BDE.D92

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL			Competência		
Empresa 0247 ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS Rua CERQUEIRA CÉSAR, 295 - JARDIM AMERICA Fernandópolis SP 15607-024 CNPJ: 01.384.628/0001-09			Dezembro/2019		
Nº Reg. 01024 Chapa Nome <b>GRAZIELE DELIANE SANTOS DE MOURA</b>			Divisão R.H. 000.000.000		
			Função Assistente Social		
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001 101	SALARIO NORMAL I.N.S.S.	30,00 8,00	998,00	79,84	
Orgão Concessor <u>Buletura da Pedranópolis</u> Termo de Fomento nº <u>064/2013</u> Parcela paga de R\$ <u>718,16</u> 1º Termo Aditivo			Orgão Concessor <u>CMDCA</u> Termo de Fomento nº <u>017/2019</u> Parcela paga de R\$ <u>200,00</u>		
<b>RESUMO DO SALÁRIO</b>		Salário Base 998,00	Sal. Contribuição 998,00	Total de Vencimentos 998,00	Total de Descontos 79,84
Base Cál. F.G.T.S 998,00		F.G.T.S do Mês 79,84	Base Cál. I.R. 918,16	<b>LÍQUIDO A RECEBER 918,16</b>	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

08/04/2020  
DATA

Graziele D.S. de Moura  
ASSINATURA DO FUNCIONARIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

28/02/2020

<https://aapj.bb>

14/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:45:47  
040200402 SEGUNDA VIA 0006  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1  
=====

DATA DA TRANSFERENCIA 14/02/2020  
NR. DOCUMENTO 550.402.000.034.278  
VALOR TOTAL 718,16

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: GRAZIELE D SANTOS MOURA  
AGENCIA: 0402-2 CONTA: 34.278-5  
NR. DOCUMENTO 550.402.000.033.571  
=====

NR. AUTENTICACAO 6.52F.CDB.CCE.F5C.40F

# RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL

Competência **Janeiro/2020**  
 Divisão R.H. **000.000.000**  
 Função **Assistente Social**

Empresa  
**0247 ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS**  
 Rua CERQUEIRA CÉSAR, 295 - JARDIM AMERICA  
 Fernandópolis SP 15607-024 CNPJ: 01.384.628/0001-09

Nº Reg. **01024** Chapa Nome  
**GRAZIELE DELIANE SANTOS DE MOURA**

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO NORMAL	30,00	1.039,00	
101	I.N.S.S.	8,00		83,12

Órgão Concessor Prefeitura de Pedranópolis  
 Termo de Fomento nº 064/2018  
 1º Termo Anulatório  
 Parte Paga R\$ 718,16

Órgão Concessor CMOCA  
 Termo de Fomento nº 007/2019  
 Parte Paga R\$ 200,00

Órgão Concessor Prefeitura de Marichão  
 Termo de Fomento nº 009/2018  
 Segundo Termo Anulatório  
 Parte Paga R\$ 97,22

<b>RESUMO DO SALÁRIO</b>	Salário Base <b>1.039,00</b>	Sal. Contribuição <b>1.039,00</b>	Total de Vencimentos <b>1.039,00</b>	Total de Descontos <b>83,12</b>
Base Cál. F.G.T.S <b>1.039,00</b>	F.G.T.S do Mês <b>83,12</b>	Base Cál. I.R. <b>955,88</b>	<b>LÍQUIDO A RECEBER</b>	<b>955,88</b>

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

07/02/2020  
 DATA

Graziele D. Santos Moura  
 ASSINATURA DO FUNCIONARIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

28/02/2020

<https://aapj.bb>

14/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:45:47  
 040200402 SEGUNDA VIA 0004  
 COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
 DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1  
 =====  
 DATA DA TRANSFERENCIA 14/02/2020  
 NR. DOCUMENTO 550.402.000.034.278  
 VALOR TOTAL 718,16  
 \*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
 CLIENTE: GRAZIELE D SANTOS MOURA  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 34.278-5  
 NR. DOCUMENTO 550.402.000.033.571  
 =====  
 NR.AUTENTICACAO 6.52F.CDB.CCE.F5C.40F

# RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL

Competência **Janeiro/2020**  
 Divisão R.H. **000.000.000**  
 Função **Coord.Proj.Sociais**

Empresa **0247 ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS**  
**Rua CERQUEIRA CÉSAR, 295 - JARDIM AMERICA**  
**Fernandópolis SP 15607-024 CNPJ: 01.384.628/0001-09**

Nº Reg. **01019** Chapa **TAIANE PRISCILA MARTINS FERREIRA**

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO NO <del>Plano Concessor</del> <u>de Pedranópolis</u>	30,00	2.753,26	
066	BIENIO		27,53	
101	I.N.S.S.	9,00		250,27
190	I.R.R.F.	7,50		32,77

**Termo de Fomento nº 004/2019**  
**1º Termo Aditivo Parte Paga**  
 Este documento pertence à Proteção Social Básica **R\$ 36,00**  
 Processo SEDS nº 4194/2019  
 Termo de Colaboração nº 017/2019  
**SMASC Parte Paga R\$ 550,00**

**Este documento pertence à Proteção Social Especial Média Completa**  
 Processo SEDS nº 4175/2019  
 Termo de Colaboração nº 005/2019  
**SMASC Parte Paga R\$ 1.700,00**

<b>RESUMO DO SALÁRIO</b>	Salário Base <b>2.753,26</b>	Sal. Contribuição <b>2.780,79</b>	Total de Vencimentos <b>2.780,79</b>	Total de Descontos <b>283,04</b>
Base Cál. F.G.T.S <b>2.780,79</b>	F.G.T.S do Mês <b>222,46</b>	Base Cál. I.R. <b>2.340,93</b>	<b>LÍQUIDO A RECEBER</b>	<b>2.497,75</b>

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

07/02/20 DATA Taiane Martins ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

28/02/2020 <https://aapj.bb>

14/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:45:47  
 040200402 SEGUNDA VIA 0007  
**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA**

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1  
 =====  
 DATA DA TRANSFERENCIA 14/02/2020  
 NR. DOCUMENTO 170.402.510.032.728  
 VALOR TOTAL 36,60  
 \*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
 CLIENTE: TAIANE P MARTINS FERREIRA  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 510.032.728-2  
 VARIACAO DA POUPANCA 51  
 NR. DOCUMENTO 170.402.000.033.571  
 =====  
 NR.AUTENTICACAO 5.C90.59D.60C.51C.8EE  
 Creditos a partir de 04 05 2012 estao disciplinados pela Lei 12.703.

Transação efetuada com sucesso por: JA731892 MARIA APARE

## RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - R P A

N° DO RECIBO

000011

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

MATRÍCULA (CNPJ OU CEI)

ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS

01.384.628/0001-09

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE  
 , a importância de R\$ 929.48 Este documento pertence à Proteção Social

\*NOVECENTOS E VINTE E NOVE REAIS E QUARENTA E OITO CENTAVOS\*\*\*\*\*

Processo SEDS nº 4174/2019

CONFORME DISCRIMINATIVO ABAIXO:

SALÁRIO BASE	TAXA	VALOR DO INSS
1.161,84		
CARRETEIRO (VLR. BASE P/ CÁLCULO DO INSS)		
APLICAR 20,00 % SOBRE O VALOR DO FRETE PAGO		
IDENTIFICAÇÃO		
INSS.....: 19006797491		
CPF.....: 217.211.288-75		
RG.....: 29.228.720-3		
RGÃO EMISSOR.: SSP -SP		
CONSELHO REGIONAL		
LOCAL E DATA		
LOCALIDADE....: Fernandopolis		
DATA.....: 06/02/2020		

## ESPECIFICAÇÃO

01	VALOR DO SERVIÇO PRESTADO	1.161,84
02	Parte Pagada 3000 SMASC	0,00
	SOMA	1.161,84
DESCONTOS		
03	I.R.R.F. de Fernandopolis	0,00
04		0,00
05	INSS Segur. Termo de Fomento nº 004/2018	232,36
06	Termo Aditivo	0,00
07		0,00
08	Parte Pagada 281 579,48	0,00
09	SEST/SENAT	0,00
	VALOR LÍQUIDO	929,48

ASSINATURA

NOME COMPLETO

GLAUCIA MILENE SAGIONETI LOPES

28/02/2020

<https://aapj.bb>

## Emissão de comprovantes

14/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:45:47  
 040200402 SEGUNDA VIA 0006  
 COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
 DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1  
 =====  
 DATA DA TRANSFERENCIA 14/02/2020  
 NR. DOCUMENTO 556.778.000.017.363  
 VALOR TOTAL 579,48  
 \*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
 CLIENTE: GLAUCIA MILENE SAGIONETI  
 AGENCIA: 6778-4 CONTA: 17.363-0  
 NR. DOCUMENTO 550.402.000.033.571  
 =====  
 NR.AUTENTICACAO 8.F3A.030.169.12C.E1D



## Consultas - Extrato de conta corrente

G338081156766857010  
08/01/2021 12:34:01

## Cliente - Conta atual

Agência 402-2  
 Conta corrente 33571-1 ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 Período do extrato 03 / 2020

## Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
27/02/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			1.037,60 C
02/03/2020	02/03/2020	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.201	424,63 D	612,97 C
12/03/2020	12/03/2020	0000	99015	870 Transferência recebida	550.402.000.230.311	1.030,00 C	1.642,97 C
13/03/2020	13/03/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	550.402.000.020.978	658,85 D	
13/03/2020	13/03/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	550.402.000.027.812	280,00 D	
13/03/2020	13/03/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	556.778.000.017.363	579,48 D	124,64 C
17/03/2020	17/03/2020	0000	99015	120 Transferido para Poupança	550.402.510.032.728	124,64 D	0,00 C
31/03/2020		0000	00000	120 S A L D O			0,00 C

-----  
 OBSERVAÇÕES:  
 -----

Transação efetuada com sucesso por: JC541815 MARIA DE FATIMA ABR.



# RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL

Competência: Fevereiro/2020  
 Divisão R.H.: 000.000.000  
 Função: Aux. Administrativo

Empresa: 0247 ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS  
 Rua CERQUEIRA CÉSAR, 295 - JARDIM AMERICA  
 Fernandópolis SP 15607-024 CNPJ: 01.384.628/0001-09

Nº Reg. 01022 Chapa Nome **DANILO RUIZ DE SOUZA**

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001 101	SALARIO NORMAL I.N.S.S.	30,00 9,00	1.939,15	174,52	
<p>Este documento pertence à Proteção Social Especial Modalidade Complementar                  Processo SEDS nº 4175/2019                  Termo de Observação nº 005/2019</p> <p>SMASC <u>Porto Alegre</u> <u>Orgão Concessor</u> <u>Pedranópolis</u>                  Termo de Fomento nº <u>064/18</u>                  Termo <u>Aditivo Porto Alegre</u> R\$ 424,63</p>					
<b>RESUMO DO SALÁRIO</b>		Salário Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.939,15	1.939,15	1.939,15	174,52
Base Cál. F.G.T.S	F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	<b>LÍQUIDO A RECEBER</b>		
1.939,15	155,13	1.764,63	<b>1.764,63</b>		

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

06/03/2020  
 DATA

*[Handwritten Signature]*  
 ASSINATURA DO FUNCIONARIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

13/03/2020

<https://aap>



## Emissão de comprovantes

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
 13/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 11.18.25  
 0402200402 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
 COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
 CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1  
 =====  
 FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
 REMETENTE : ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.  
 AGENCIA: 0094-9 - FERNANDOPOLIS  
 CONTA: 1.032.859-7

FAVORECIDO: DANILU RUIZ DE SOUZA  
 CPF/CNPJ: 420.825.568-40  
 VALOR: R\$ 424,63  
 DEBITO EM: 02/03/2020

DOCUMENTO: 030201  
 AUTENTICACAO SISBB: D.63B.728.A8E.CB7.2CF

# RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL

Competência **Fevereiro/2020**  
 Divisão R.H. **000.000.000**  
 Função **Cuidador**

Empresa  
 0247 ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS  
 Rua CERQUEIRA CÉSAR, 295 - JARDIM AMERICA  
 Fernandópolis SP 15607-024 CNPJ: 01.384.628/0001-09

Nº Reg. 01021 Chapa Nome  
**TIAGO MARCAL DE MORAIS**

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	SALARIO NORMAL	30,00	1.570,00	
066	BIENIO		15,70	
101	I.N.S.S.	8,00		126,85

<b>RESUMO DO SALÁRIO</b>	Salário Base <b>1.570,00</b>	Sal. Contribuição <b>1.585,70</b>	Total de Vencimentos <b>1.585,70</b>	Total de Descontos <b>126,85</b>
Base Cál. F.G.T.S	F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	<b>LÍQUIDO A RECEBER</b>	<b>1.458,85</b>
<b>1.585,70</b>	<b>126,85</b>	<b>1.458,85</b>		

Orgão Concessor Prefeitura de Pedranópolis  
 Termo de Fomento nº 064/2018  
 1º Termo Aditivo  
 Parte Paga R\$ 658,85

Orgão Concessor CMOCA  
 Termo de Fomento nº 017/2019  
 Parte Paga R\$ 800,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

06/03/2020  
 DATA

TIAGO MARCAL DE MORAIS  
 ASSINATURA DO FUNCIONARIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

16/03/2020

<https://aapj.bb>

13/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:39:21  
 040203402 SEGUNDA VIA 0009

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
 DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1

DATA DA TRANSFERENCIA 13/03/2020  
 NR. DOCUMENTO 550.402.000.020.978  
 VALOR TOTAL 658,85

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
 CLIENTE: TIAGO MARCAL DE MORAIS  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 20.978-3  
 NR. DOCUMENTO 550.402.000.033.571  
 NR. AUTENTICACAO 4.7DE.F8A.442.08B.B2E

## RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - R P A

N° DO RECIBO

000051

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

MATRÍCULA (CNPJ OU CEI)

ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS

01.384.628/0001-09

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE  
 , a importância de R\$ 1080.00

Órgão Concessor Refundaçãode PedranópolisAssociaçãoTermo de Fomento nº 004/2018Leandro Adalberto

\*HUM MIL OITENTA REAIS\*

CONFORME DISCRIMINATIVO ABAIXO:

SALÁRIO BASE	TAXA	VALOR DO INSS
1.350,00		
CARRETEIRO (VLR. BASE P/ CÁLCULO DO INSS)		
APLICAR 20,00 % SOBRE O VALOR DO FRETE PAGO		
IDENTIFICAÇÃO		
INSS.....: 20213691447		
CPF.....: 348.900.628-31		
RG.....: 47.128.446-4		
CATEGORIA EMISSOR.: SSP -SP		
CONSELHO REGIONAL		
CRP...	124332	
LOCAL E DATA		
LOCALIDADE....:	Fernandópolis	
DATA.....:	02/03/2020	

## ESPECIFICAÇÃO

01	VALOR DO SERVIÇO PRESTADO	1.350,00
02		0,00
	<b>SOMA</b>	<b>1.350,00</b>

## DESCONTOS

03	I.R.R.F. Órgão Concessor <u>CMDOCA</u>	0,00
04		0,00
05	INSS Segurado	270,00
06	Termo de Fomento nº <u>014/2019</u>	0,00
07	<u>Roteiro Roteiro R\$ 2000,00</u>	0,00
08		0,00
09	SEST/SENAT	0,00

VALOR LÍQUIDO

1.080,00

ASSINATURA

Monise Ule Belotti  
 NOME COMPLETO  
 MONISE ULE BELOTTI CASTILHERI

16/03/2020

<https://aapj.l>

13/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:39:21  
 040200402 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
 DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS

AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1

DATA DA TRANSFERENCIA 13/03/2020

NR. DOCUMENTO 550.402.000.027.812

VALOR TOTAL 280,00

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MONISE ULE BELOTTI

AGENCIA: 0402-2 CONTA: 27.812-2

NR. DOCUMENTO 550.402.000.033.571

NR.AUTENTICACAO 9.1A2.0C6.966.4B7.11A

Transação efetuada com sucesso por: JA731892 MARIA APARI

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

MATRÍCULA (CNPJ OU CEI)

ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS

1.384.628/0001-09

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE  
 , a importância de R\$ 929.48 Este documento pertence à Proteção Social

\*NOVECENTOS E VINTE E NOVE REAIS E QUARENTA E OITO CENTAVOS\*\*\*\*\*

Processo SEDS nº

4174/2019

CONFORME DISCRIMINATIVO ABAIXO:

SALÁRIO BASE	TAXA	VALOR DO INSS
1.161,84		
CARRETEIRO (VLR. BASE P/ CÁLCULO DO INSS)		
APLICAR 20,00 % SOBRE O VALOR DO FRETE PAGO		
IDENTIFICAÇÃO		
INSS.....: 19006797491		
CPF.....: 217.211.288-75		
RG.....: 29.228.720-3		
GÃO EMISSOR.: SSP -SP		
CONSELHO REGIONAL		
LOCAL E DATA		
LOCALIDADE....: Fernandópolis		
DATA.....: 02/03/2020		

ESPECIFICAÇÃO

01	VALOR DO SERVIÇO PRESTADO	1.161,84
02	Parti pagar SMASC SOMA	0,00 1.161,84
DESCONTOS		
03	I.R.R.F	0,00
04	Orgão Concessor	0,00
05	INSS Segurado	232,36
06	de Pedranópolis	0,00
07	Termo de nº 064/2018	0,00
08	Parti pagar R\$ 549,48	0,00
09	SEST/SENAT - Termo Aditivo	0,00
VALOR LÍQUIDO		929,48

ASSINATURA

NOME COMPLETO

GLAUCIA MILENE SAGIONETI LOPES

16/03/2020

<https://aapj.bb.c>

## Emissão de comprovantes

13/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:39:21  
 040200402 SEGUNDA VIA 0010

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
 DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1

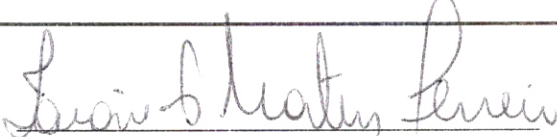
DATA DA TRANSFERENCIA 13/03/2020  
 NR. DOCUMENTO 556.778.000.017.363  
 VALOR TOTAL 579,48

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIA MILENE SAGIONETI  
 AGENCIA: 6778-4 CONTA: 17.363-0

NR. DOCUMENTO 550.402.000.033.571

NR.AUTENTICACAO 4.495.46C.1A8.F0C.912

0247/01019		<b>R E C I B O D E F É R I A S</b>	
EMPREGADOR: ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS/ CNPJ: 01.384.628/0001-09			
NOTIFICAÇÃO			
NOME DO EMPREGADO <b>TAIANE PRISCILA MARTINS FERREIRA</b>			CTPS N°/Série 00045617.00292-SP
N°REGISTRO 01019	FUNÇÃO Coord.Proj.Sociais	R/H 000000000	
PERÍODOS			
DE AQUISIÇÃO: 01 de Fevereiro de 2018		a 31 de Janeiro de 2019	
DE GOZO: 03 de Fevereiro de 2020		a 03 de Março de 2020	
CÁLCULO DA REMUNERAÇÃO BASE PARA PAGAMENTO DE FÉRIAS			
FALTAS	SALÁRIO CONTRATUAL	DATA ADMISSÃO	REMUNERAÇÃO BASE FÉRIAS
000	2.753,26	01/02/2016	2.780,79
DEMONSTRATIVO			
PROVENTOS		DESCONTOS	
VALOR DA REMUNERAÇÃO	2.780,79	INSS	11,00
VALOR ADICIONAL 1/3 FÉRIAS	926,93	IMPOSTO DE RENDA	15,00
			407,84
			111,74
EVENTOS ADICIONAIS			
PROVENTOS		DESCONTOS	
TOTAL			
TOTAL DE PROVENTOS	3.707,72	TOTAL DE DESCONTOS	519,58
		LÍQUIDO A RECEBER	<b>3.188,14</b>
VALOR POR EXTENSO *TRES MIL CENTO E OITENTA E OITO REAIS E QUATORZE CENTAVOS*****			
<p>Recebi da Empresa ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS , a importância líquida de R\$ 3.188,14 , conforme demonstrativo acima, referente as férias.</p> <p>Local e Data Fernandópolis 31 de Janeiro de 2020</p>			
 TAIANE PRISCILA MARTINS FERREIRA		Orgão Concessor <u>Prefeitura de Maricá</u> Termo de Fomento nº <u>002/2018</u> <u>Segundo Termo Aditivo</u> <u>Parte paga R\$ 250,88</u>	
		Orgão Concessor <u>Prefeitura de Pedranópolis</u> Termo de Fomento nº <u>004/2018</u> <u>1º termo Aditivo</u> <u>parte paga R\$ 1.494,64</u>	
OBS: O recibo de férias deverá ser quitado pela empresa pelo menos 2 (dois) dias antes do período de gozo de férias.			



### Emissão de comprovantes

17/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:55:51  
040200402 SEGUNDA VIA 0020

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1  
=====

DATA DA TRANSFERENCIA 17/03/2020  
NR. DOCUMENTO 170.402.510.032.728  
VALOR TOTAL 124,64

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAIANE P MARTINS FERREIRA  
AGENCIA: 0402-2 CONTA: 510.032.728-2  
VARIACAO DA POUPANCA 51  
NR. DOCUMENTO 170.402.000.033.571  
=====

NR.AUTENTICACAO A.4E6.D15.FE8.A0F.24D

Creditos a partir de 04 05 2012 estao  
disciplinados pela Lei 12.703.

**Consultas - Extrato de conta corrente**G338081156766857011  
08/01/2021 12:34:26**Cliente - Conta atual**

Agência 402-2  
Conta corrente 33571-1 ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
Período do extrato 04 / 2020

**Lançamentos**

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
17/03/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
01/04/2020	01/04/2020	0000	99015	870 Transferência recebida	550.402.000.100.615	0,92 C	0,92 C
06/04/2020	06/04/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	550.402.000.230.023	0,92 D	0,00 C
30/04/2020		0000	00000	470 S A L D O			0,00 C

-----  
**OBSERVAÇÕES:**  
-----

Transação efetuada com sucesso por: JC541815 MARIA DE FATIMA ABR.



## Consultas - Extrato de conta corrente

G338081156766857014  
08/01/2021 12:35:39

## Cliente - Conta atual

Agência 402-2  
 Conta corrente 33571-1 ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 Período do extrato 05 / 2020

## Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
06/04/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
14/05/2020	14/05/2020	0000	99015	870 Transferência recebida	550.402.000.100.615	1.030,00 C	1.030,00 C
15/05/2020	15/05/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	550.402.000.034.278	766,63 D	
15/05/2020	15/05/2020	0000	99015	120 Transferido para Poupança	550.402.510.032.728	165,49 D	
15/05/2020	15/05/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	556.778.000.017.363	72,90 D	24,98 C
19/05/2020	19/05/2020	0000	99015	870 Transferência recebida	550.402.000.230.311	1.030,00 C	
19/05/2020	19/05/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	550.402.000.100.615	1.030,00 D	24,98 C
31/05/2020		0000	00000	470 S A L D O			24,98 C

-----  
 OBSERVAÇÕES:  
 -----

Transação efetuada com sucesso por: JC541815 MARIA DE FATIMA ABR.

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL				Competência	
Empresa				Abril/2020	
0247 ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS				Divisão R.H.	
Rua CERQUEIRA CÉSAR, 295 - JARDIM AMERICA				000.000.000	
Fernandópolis SP 15607-024 CNPJ: 01.384.628/0001-09				Função	
				Assistente Social	
Nº Reg.	Chapa	Nome			
01024		GRAZIELELIANE SANTOS DE MOURA			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	SALARIO NORMAL	30,00	1.045,00		
101	I.N.S.S.	7,50		78,37	
Órgão Concessor <u>Professora</u> <u>de Pedranópolis</u> <u>comarca</u> <u>Termo de Fomento nº 064/2018</u> <u>1º lote de Admissão</u> <u>Parte Paga R\$ 766,63</u>			Órgão Concessor <u>CNDCA</u> Termo de Fomento nº <u>017/2019</u> <u>Parte Paga R\$ 200,00</u>		
<b>RESUMODO SALÁRIO</b>		Salário Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.045,00	1.045,00	1.045,00	78,37
Base Cál. F.G.T.S		F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	<b>LÍQUIDO A RECEBER</b>	
1.045,00		83,60	966,63	<b>966,63</b>	

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO

08/05/2020  
DATA

Graziele L. de Moura  
ASSINATURA DO FUNCIONARIO

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2º via/Empregador

18/05/2020

<https://aapj>



### Emissão de comprovantes

15/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:33:30  
040200402 SEGUNDA VIA 0013

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1

DATA DA TRANSFERENCIA 15/05/2020  
NR. DOCUMENTO 550.402.000.034.278  
VALOR TOTAL 766,63

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: GRAZIELE D SANTOS MOURA  
AGENCIA: 0402-2 CONTA: 34.278-5  
NR. DOCUMENTO 550.402.000.033.571  
NR. AUTENTICACAO E.2E9.B29.8DA.FF4.F6F



RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO MENSAL				Competência	
Empresa				Abril/2020	
0247 ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS				Divisão R.H.	
Rua CERQUEIRA CÉSAR, 295 - JARDIM AMERICA				000.000.000	
Fernandópolis SP 15607-024 CNPJ: 01.384.628/0001-09				Função	
				Coord.Proj.Sociais	
Nº Reg.	Chapa	Nome			
01019		TAIANE PRISCILA MARTINS FERREIRA			
Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
001	SALARIO NORMAL	30,00	2.753,26		
066	BIENIO		55,06		
101	I.N.S.S.	9,21		258,62	
190	I.R.R.F.	7,50		34,21	
Este documento pertence à Proteção Social					
Especial Média Compensatória					
Processo SEDS nº 4175/2019					
Termo de Adherência nº 005/2019					
Este documento pertence à Proteção Social					
Parceira					
Processo SEDS nº 4174/2019					
Termo de Adherência nº 007/2019					
SMASC Parte Pagar					
Órgão Concessor					
Município de Rosário					
Termo de Adherência nº 004/2013					
Parte Pagar R\$ 165,49 - 1º Termo Aditivo					
RESUMODO SALÁRIO		Salário Base	Sal. Contribuição	Total de Vencimentos	Total de Descontos
		2.753,26	2.808,32	2.808,32	292,83
Base Cál. F.G.T.S		F.G.T.S do Mês	Base Cál. I.R.	LÍQUIDO A RECEBER	
2.808,32		224,66	2.360,11	2.515,49	
Feliz Aniversario 27/05					
DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO					
08/05/20			Tairane Martins		
DATA			ASSINATURA DO FUNCIONARIO		

Modelo Fixo Gráfico - 2 Vias

2ª via/Empregador

18/05/2020

<https://aapj.bb.com.br/a>

15/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:33:30  
040200402 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1

DATA DA TRANSFERENCIA 15/05/2020  
NR. DOCUMENTO 170.402.510.032.728  
VALOR TOTAL 165,49

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAIANE P MARTINS FERREIRA  
AGENCIA: 0402-2 CONTA: 510.032.728-2  
VARIACAO DA POUPANCA 51  
NR. DOCUMENTO 170.402.000.033.571

NR.AUTENTICACAO 9.988.FD7.7CA.BB2.380

Creditos a partir de 04 05 2012 estao  
disciplinados pela Lei 12.703.

NOME OU RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA

MATRÍCULA (CNPJ OU CEI)

ASSOC PAIS AMIGOS DOS DEFICIENTES AUD FERNANDOPOLIS

01.384.628/0001-09

RECEBI DA EMPRESA ACIMA IDENTIFICADA, PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE

, a importância de R\$ 929.48

Este documento pertence à Proteção Social

\*NOVECENTOS E VINTE E NOVE REAIS E QUARENTA E OITO CENTAVOS\*\*\*\*\*

Processo SEDS nº 424/2019

CONFORME DISCRIMINATIVO ABAIXO:

SALÁRIO BASE	TAXA	VALOR DO INSS
1.161,84		
CARRETEIRO (VLR. BASE P/ CÁLCULO DO INSS)		
APLICAR 20,00 % SOBRE O VALOR DO FRETE PAGO		
IDENTIFICAÇÃO		
INSS.....: 19006797491		
CPF.....: 217.211.288-75		
RG.....: 29.228.720-3		
EMISSOR.: SSP -SP		
CONSELHO REGIONAL		
LOCAL E DATA		
LOCALIDADE.....:	Mira Estrela	
DATA.....:	06/05/2020	

## Especificação

01	VALOR DO SERVIÇO PRESTADO	1.161,84
02		0,00
	SMASC	1.161,84
	SOMA	1.161,84
DESCONTOS		
03	I.R.R.F	0,00
04		0,00
05	INSS Segurado	232,36
06		0,00
07		0,00
08		0,00
09	SEST/SENAT	0,00
	VALOR LÍQUIDO	929,48

ASSINATURA

NOME COMPLETO

GLAUCIA MILENE SAGIONETI LOPES

18/05/2020

<https://aapj>15/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:33:31  
040200402 SEGUNDA VIA 0013COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTECLIENTE: ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
AGENCIA: 0402-2 CONTA: 33.571-1DATA DA TRANSFERENCIA 15/05/2020  
NR. DOCUMENTO 556.778.000.017.363  
VALOR TOTAL 72,90\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: GLAUCIA MILENE SAGIONETI  
AGENCIA: 6778-4 CONTA: 17.363-0  
NR. DOCUMENTO 550.402.000.033.571  
NR.AUTENTICACAO 8.CE5.88F.8C3.043.BD7

Transação efetuada com sucesso por: JA731892 MARIA APA



## Consultas - Extrato de conta corrente

G338081156766857015  
08/01/2021 12:36:53

## Cliente - Conta atual

Agência 402-2  
 Conta corrente 33571-1 ASSOCIACAO PEDRANOPOLIS  
 Período do extrato 06 / 2020

## Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
19/05/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			24,98 C
15/06/2020	15/06/2020	0000	99015	870 Transferência recebida	550.402.000.100.615	2.060,00 C	
15/06/2020	15/06/2020	0000	99015	470 Transferência enviada	550.402.000.020.978	658,67 D	
15/06/2020	15/06/2020	0000	99015	120 Transferido para Poupança	550.402.510.032.728	666,00 D	
15/06/2020	15/06/2020	0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	61.501	760,31 D	0,00 C
16/06/2020	16/06/2020	0000	99015	870 Transferência recebida	550.402.000.230.311	1.030,00 C	1.030,00 C
30/06/2020		0000	00000	870 S A L D O			1.030,00 C

-----  
**OBSERVAÇÕES:**  
 -----

Transação efetuada com sucesso por: JC541815 MARIA DE FATIMA ABR.