



Câmara Municipal de Ibitinga

Estado de São Paulo

Avenida Dr. Victor Maida, nº 563 – Centro – Ibitinga (SP) – Fone (16) 3352-7840 – CEP 14940-097
Site: www.ibitinga.sp.leg.br / E-mail: informacao@camaraibitinga.sp.gov.br

EMENDA IMPOSITIVA Nº 42 AO PLO Nº 177/2022

EMENDA IMPOSITIVA

| | | | |
|--|---|---|---|
| Projeto de Lei nº: | 177/2022 | | |
| Emenda Orçamento | IMPOSITIVA | | |
| Tipo de Emenda: | Consolidada | | |
| Ordem de Prioridade: | Para a Ordem de Prioridade de Execução que está emenda seja a “SEGUNDA” a ser realizada | | |
| Autoria: | Daniela Cristina Souza Branco de Rosa e Célio Roberto Aristão | | |
| Beneficiário: | População Ibitingense | | |
| Justificativa: O propósito da presente emenda é contribuir com recurso próprio para ajudar no custeio das despesas a serem realizadas no atendimento de prevenção, recuperação e reintegração social dos Ibitingenses atendidos na associação Beth Shalom - Casa de Paz do nosso Município de Ibitinga. | | | |
| Resumo da Emenda | | | |
| Valor Aumentado de Dotações | R\$50.000,00 | | |
| Marcar com um “X” a situação do crédito orçamentário: | | | |
| CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO: | Novo: | Suplementado: | X |
| Identificação do crédito orçamentário | Código | Nome | |
| Órgão: | 02 | PODER EXECUTIVO | |
| Unidade Orçamentária: | 01 | SECRETARIA DE GOVERNO | |
| Função: | 10 | SAÚDE | |
| Subfunção: | 244 | ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA | |
| Programa: | 0004 | PROMOÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE UNIVERSAIS E INTEGRADOS | |
| Ação: | XXXX | ASSOCIAÇÃO BETH SHALOM | |
| Localizador do Gasto: | - | - | |
| Natureza da Despesa: | 3.3.50.39 | OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS-PESSOA JURÍDICA | |
| Emenda (+): | R\$ | 50.000,00 | |
| CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO REDUZIDO: | | | |
| Identificação do crédito orçamentário | Código | Nome | |
| Órgão: | 02 | PODER EXECUTIVO | |
| Unidade Orçamentária: | 90 | RESERVA DE CONTINGÊNCIA | |
| Função: | 00 | RESERVA DE CONTINGÊNCIA | |





Câmara Municipal de Ibitinga

Estado de São Paulo

Avenida Dr. Victor Maida, nº 563 – Centro – Ibitinga (SP) – Fone (16) 3352-7840 – CEP 14940-097
Site: www.ibitinga.sp.leg.br / E-mail: informacao@camaraibitinga.sp.gov.br

| | | |
|-----------------------------|------------------|-------------------------|
| Subfunção: | 999 | RESERVA DE CONTINGÊNCIA |
| Programa: | 2999 | RESERVA DE CONTINGÊNCIA |
| Ação: | 0999 | RESERVA DE CONTINGÊNCIA |
| Natureza da Despesa: | 9.9.99.99 | RESERVA DE CONTINGÊNCIA |
| Emenda (-): | R\$ | 50.000,00 |

Ibitinga, 16 de novembro de 2022.

Daniela Cristina Souza Branco de Rosa
Vereadora

Célio Roberto Aristão
Vereador





Sede: R. Sabino do Prado Biondo, 252 – Vila Izolina – Ibitinga/SP - CEP: 14.943-450
CNPJ N. 12.034.813/0001-81 – INSC. MUN. N. 87.20-4-99
Com. Terap.: Acesso CRT 1390 – Entre as Estradas Municipais IBG 020 e IBG 243 S/N,
Bairro: Taquara do Reino Ibitinga-SP
CNPJ: 12.034.813/0001-81

PLANO DE TRABALHO EMENDA IMPOSITIVA 2022

1) IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO OU ENTIDADE SOCIAL

Nome da Organização: BETH SHALOM – CASA DE PAZ
Data de Constituição: 20/12/2009
CNPJ: 12.034.813/0001-81 Data de inscrição no CNPJ: 11/05/2010
Endereço: Rua: Sabino do Prado Biondo, nº 252
Cidade / UF: Ibitinga/SP Bairro: Vila Izolina CEP: 14.943-450
Telefone: (16) 99711-5302
Site: <https://ongbethshalom.wordpress.com> / e-mail: bethshalom_ibitinga@hotmail.com
Horário de funcionamento: 24 horas
Meses do ano: 12 meses
Dias da semana: segunda, terça, quarta, quinta, sexta-feira, sábado e domingo

1.2) INSCRIÇÕES E REGISTROS

Inscrição no CMAS N°
Registro no CMDCA (quando houver) N°
Inscrição no CNES N° 9876162
Inscrição no CMDPI (quando houver) N°
CEBAS – Processo N°25000.056708/2020-06 – Validade 15/04/2021 a 15/04/2024
Outros: _____

1.3) COMPOSIÇÃO DA ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA

Presidente ou Representante legal da entidade: Jorge Luis Torres Cuicapusa
Cargo: Presidente Profissão: Pastor Evangélico
CPF: 231.550.528-30
RG: RNE V406628-1
Data de nascimento: 22/11/1971 Órgão Expedidor: CGPI/DIREX/DPF
Vigência do mandato da diretoria atual de 16/11/2022 até 15/11/2024

1.4) RELACIONE OS DEMAIS DIRETORES

| | | |
|--|-------------------------------|-------------------------|
| Nome: Katia Regina Marques Rodrigues | | |
| Profissão: Empresária | Cargo: Vice-presidente | |
| CPF: 336.068.082-17 | RG: 42.218.245-X | |
| Nome: Astrogildo Camilo Borges Junior | | |
| Profissão: Designer Gráfico | Cargo: 1º Tesoureiro | |
| CPF: 066.365.928-00 | RG: 18.217.404 | |
| Nome: Sandra Maria Marsili | | |
| Profissão: Do lar | Cargo: 2ª Tesoureira | |
| CPF: 083.466.398-80 | RG: 14.327.268 | |
| Nome: Rosilda Ianni Amaragi | | |
| Profissão: Do lar | Cargo: 1ª Secretária | |
| CPF: 257.825.088-09 | RG: 16.434.475 | |
| Nome: Herculano Pereira Filho | | |
| Profissão: Comerciante | Cargo: 2º Secretário | |
| CPF: 019.968.878-82 | RG: 9.605.370 | |
| Membros do conselho fiscal | | |
| Nome: Jelson Francisco Antunes | CPF: 071.861.978-17 | RG: 19.668.685 |
| Nome: Marcos Antônio Arruda Lourenço | CPF: 549.973.728-20 | RG: 5.621.908-8 |
| Nome: Carlos Eduardo Amaragi | CPF: 178.644.858-04 | RG: 22.712.336 |
| 2.36 Suplentes do conselho fiscal | | |
| 2.37 Nome: Osny Mendes Paez | CPF: 022.280.548-02 | RG: 9.277.037 |
| 2.40 Nome: Thaisa Torres Antunes | CPF: 439.326.318-97 | RG: 41.625.975-3 |
| Nome: Fernanda de Carvalho Alves | CPF: 464.899.178-82 | RG: 46.033.253-3 |

2) ÁREA DA ATIVIDADE





Sede: R. Sabino do Prado Biondo, 252 – Vila Izolina – Ibitinga/SP - CEP: 14.943-450
CNPJ N. 12.034.813/0001-81 – INSC. MUN. N. 87.20-4-99
Com. Terap.: Acesso CRT 1390 – Entre as Estradas Municipais IBG 020 e IBG 243 S/N,
Bairro: Taquara do Reino Ibitinga-SP
CNPJ: 12.034.813/0001-81

Preponderante:

() Assistência Social (x) Saúde () Educação () Cultura () Esporte
Secundária, quando houver: (pode assinalar mais de 1)
() Assistência Social () Saúde () Educação () Cultura () Esporte

2.1) NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

(x) Atendimento () Assessoramento () Defesa e garantia de direitos

3) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO POR PROTEÇÃO

(x) Básica () Especial de Média Complexidade () Especial de Alta Complexidade

4) DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

Promover o acolhimento institucional em regime de residência para adultos do sexo masculino como forma de tratamento da dependência de substâncias psicoativas

- Promover ambiente e estratégias de contexto de abstinência de drogas e prevenção e recaídas;
- Realizar a transição da comunidade terapêutica para a sociedade através das visitas programadas;
- Efetuar a recuperação familiar, através de orientação, na participação de reuniões semanais (Casa de Apoio BETH SHALOM);
- Desenvolver a identidade pessoal, resultando a autoeficácia do ser humano.

4.1) TIPO DE SERVIÇO/PROJETO

Fomentar e promover prevenção, recuperação e reintegração social de dependentes químicos, minimizar o impacto das drogas, promover a prevenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas e auxiliar a família.

4.2) IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO/PROJETO

A Casa de Apoio tem sua localização no Setor 3 (região sul), de acordo com o Plano Decenal de Assistência Social do município, sendo considerado uma região de com aumento dos índices de vulnerabilidade. Mas é liberado o atendimento para outros setores pela necessidade encontrada, como nos setores 1 e 4 (região norte leste), como também por todo o município.

4.3) IDENTIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO/PROJETO

Endereço: Acesso CRT 1390 – Entre as Estradas Municipais IBG 020 e IBG 243 S/N,
Bairro: Taquara do Reino Ibitinga-SP

Locado (x) Próprio () Cedido () _____

Condições de acessibilidade:

Sim () Parcialmente (x) Não possui ()

Indicar as instalações físicas e mobiliários disponíveis na seguinte tabela:

| Descrição e quantificação dos ambientes disponíveis | Equipamento/móveis disponíveis para o desenvolvimento do serviço |
|---|--|
| 02 Cozinhas | 01 Televisão |
| 06 Banheiros | 02 Mesas Para Refeição |
| 01 Sala | 03 Sofás |
| 01 Fogão Industrial | 02 Geladeiras |
| 02 Freezers Horizontais | 01 Deposito de Alimentos |
| 01 Deposito de Mateiras de Limpeza | 01 Mini Campo Gramado |
| 01 Campo de Vôlei Areia | 01 Piscina |
| 15 Beliches | 05 Quartos |



| | |
|-----------------------|------------------------------------|
| 01 Foça Séptica | 01 Academia com diversos aparelhos |
| 30 Mesas Escolares | 01 Sala para Reuniões |
| 01 Sala de Escritório | 01 Computador |
| 01 Impressora Laser | 01 Scanner |
| 01 Enfermaria | 01 Sala de atendimento individual |
| 05 Armários | 15 Jogos de mesa plástico |

4.4) VAGAS OFERECIDAS PARA O SERVIÇO

Indicar o número de vagas: 15

4.5) PÚBLICO

Adultos do sexo masculino acima de dezoito anos de idade.

4.6) PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

O Atendimento funciona vinte e quatro horas por dia, e sete dias por semana.

4.7) ABRANGÊNCIA

Abrangência em todo território urbano de Ibitinga.

4.8) OBJETIVO GERAL

Pretende-se com o processo terapêutico levar o interno ao crescimento pessoal, a mudança do estilo de vida e a reinserção social. Existe também o incentivo para que haja um entendimento das regras da comunidade que serve para a vida do residente.

4.9) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Redução do número de adultos do sexo masculino no uso e abuso de substâncias psicoativas e em isolamento social, aumento do número de adultos recuperados e preparados para o mercado de trabalho e maior sensibilização e conscientização do público adulto sobre os malefícios do uso de drogas (ações de prevenção).

4.10) CONDIÇÕES E FORMA DE ACESSO AO SERVIÇO

O interessado em ter acesso a uma vaga na instituição pode ingressar através dos seguintes meios de encaminhamento:

CAPS;
CENTRO RELIGIOSO;
CRAS;
CREAS;
POSTO DE SAÚDE;
SANTA CASA;
ATRAVÉS DO CENTRO DE TRAIGEM DA INSTITUIÇÃO.

4.11) METODOLOGIA DO SERVIÇO

É uma organização da sociedade civil apoiada e supervisionada por um grupo de pessoas que trabalham com programas de orientação, prevenção e tratamento, não só de drogas ilícitas como também lícitas, que atuam da seguinte forma:

Casa de Recuperação: está localizada na cidade de Ibitinga. E os internos recebem atendimento integral através de um “Programa de Orientação Curricular”, possibilitando o desenvolvimento da pessoa nas áreas cognitiva, espiritual, psicológica, física e socioemocional.

Para apoiar os seus pacientes durante o seu processo de amadurecimento, a BETH SHALOM oferece qualidade nas suas instalações, contando com quartos, banheiros, refeitórios, cozinha, sala de reuniões, escritório, enfermaria, biblioteca e profissionais e voluntários para o acompanhamento terapêutico e grupo de apoio para as famílias e residentes que passaram pelo tratamento.

O tratamento deve ser aceito voluntariamente, o residente poderá desligar-se da comunidade terapêutica quando assim o desejar.

Casa de Passagem: consiste em uma continuação do tratamento para aqueles que terminaram o tratamento na comunidade terapêutica e que ainda não tem para onde ir ou emprego para se sustentar plenamente. Na Casa de Passagem, os assistidos moram em uma c



dentro da cidade, onde além de buscar por oportunidades de emprego e serem reinseridos na sociedade, eles vão continuar tendo acompanhamento terapêutico, frequentando as reuniões de apoio.

Casa de Apoio: a Casa de Apoio acontece desde o princípio da Associação. As reuniões acontecem com o objetivo de dar suporte psicológico, emocional e espiritual para os dependentes químicos (sem intenção de se internar), codependentes (pessoas próximas de dependentes químicos que correm o risco de focarem tanto nos problemas deste, esquecendo a si mesmos), auxiliando a estes como lidar com a situação na qual se veem inseridos. Também é um meio de dar assistência para os dependentes químicos já recuperados, auxiliando na nova fase do tratamento que, agora, é voltar para o cotidiano social.

4.12) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O ambiente da BETH SHALOM CASA DE PAZ, busca se aproximar, o máximo da realidade externa, para facilitar a reinserção social. Através de um meio altamente estruturado, com limites precisos, funções e papéis bem definidos.

A comunidade terapêutica é educativa, o que é regra para o residente é regra para a equipe. Pois a BETH SHALOM CASA DE PAZ se caracteriza por um modelo de tratamento residencial. A organização dentro da Comunidade assemelha-se à organização familiar (com regras e atribuições de responsabilidades aos residentes) conforme segue abaixo:

- Terapia em grupo (reuniões de sentimentos e dinâmica);
- Terapia individual;
- Prevenção de recaídas: reuniões onde são trabalhados comportamentos que poderão diminuir a possibilidade de recaídas;
- Espiritualidade: visando a recuperação de valores éticos e morais, com base num relacionamento com o Criador, independentemente de sua religião;
- Reuniões motivacionais: de segunda a sexta. Auxiliam a mudança de alguns comportamentos inadequados ao bom andamento do tratamento;
- Reuniões de Sentimento: de partilhas e temáticas;
- Atividades físicas: futebol, jogos, academia etc.;
- Doze passos: Baseado de AA/NA, e exercícios de perguntas e respostas;
- Palestras: Assuntos voltados à dependência química;
- Laborterapia: manuseio com horticultura, aplicação de serviços profissionais para o desenvolvimento da Comunidade (Pedreiro, encanador, eletricista e outros), manutenção da chácara sala de TV - onde temos vide terapia;

4.13) ARTICULAÇÃO DE REDE

A comunidade terapêutica comunica todos acolhimentos e desligamentos a rede de proteção social (CREAS) e ao SAMS, para que estes serviços tenham ciência de onde o usuário estará temporariamente.

Sendo que recebemos encaminhamentos para acolhimento de maneira familiar, quando a própria família ou o futuro acolhido procura a instituição, através de pedido do CREAS, através de sua Coordenadora e da Santa Casa de Ibitinga através de sua Assistente Social.

Os acolhidos são cadastrados na Unidade Básica de Saúde do município para que possam receber se necessário atendimento emergencial ou de rotina.

Acolhidos que deixam a instituição são encaminhados ao CAPS-AD para que possam dar continuidade em seu processo de recuperação e evitar futuras recaídas.

4.14) IMPACTOS ESPERADOS

Recuperar o dependente químico e devolvê-lo a sociedade preparados para o mercado de atividades, também o impacto sobre as famílias, ciclo de convivência e população do entorno da residência dos acolhidos, já que sua melhora poderá evitar as situações de dependência, tráfico ou mesmo pequenos furtos. A melhora destes também pode simbolizar e propagar o sentimento de superação, motivando outros dependentes a seguirem pelo mesmo caminho.

4.15) INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

| Processo de Monitoramento e Avaliação (indicadores qualitativos e quantitativos) | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| Resultado(s) | Indicadores Qualitativos | Indicadores Quantitativos | Meios de Verificação |
| Redução do número de adultos do sexo | Participação efetiva nos projetos tanto de | Mínimo 50% não reincidência no uso | Relatórios de acompanhamento dos acolhidos. E feedback com |

| | | | |
|--|---|--|--|
| masculino no uso e abuso de substâncias psicoativas e em isolamento social | tratamento quanto de prevenção | e abuso de substâncias psicoativas | as famílias |
| Aumento do número de adultos recuperados e preparados para o mercado de trabalho | Participação nas oficinas | Em torno de 50% dos participantes nos projetos | Relatório e pesquisa posterior de acompanhamento |
| Maior sensibilização e conscientização do público adulto sobre os malefícios do uso de drogas (ações de prevenção) | Participação em projetos de prevenção como contrapartida social da entidade | De 50% a 80% das vagas disponibilizadas em palestras preenchidas | Feedback e pesquisa |

5) RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NO SERVIÇO/PROJETO:

| RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NO SERVIÇO/PROJETO | | | |
|--|------------|---------------|--|
| Cargo | Quantidade | Carga Horária | Fonte de recurso (escrever qual recurso Próprio, Municipal, Estadual ou Federal) |
| DIRETOR | 1 | 44 | PRÓPRIO |
| COORDENADOR | 1 | 44 | PRÓPRIO |
| TEC. ENFERMAGEM | 1 | 44 | PRÓPRIO |
| FISIOTERAPEUTA | 1 | 20 | VOLUNTÁRIA |
| MINISTRO RELIGIOSO | 1 | 20 | VOLUNTÁRIO |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

6) PREVISÃO DE CUSTOS E CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| RECURSOS HUMANOS | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---------------|------|------|------|-----|-------------|-------------|--------|------------|---------------------------------|-----------------------|
| FOLHA DE PAGAMENTO (SALÁRIOS E ENCARGOS) | | | | | | | | | | | | |
| Função | Regime de Contratação | Salário Bruto | FGTS | INSS | IRRF | PIS | 13º salário | Vale Trasp. | Férias | Vale Alim. | Provisionado verbas Rescisórias | Total por funcionário |
| | RPA | | | | | | | | | | | |
| | MEI | | | | | | | | | | | |
| | CLT | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | |

Observação: Caso a OSC pretenda realizar outros pagamentos utilizando recursos públicos, favor deixar informado neste campo.

Exemplo: hora, extra, rescisão, adicionais.

Caso a despesa não esteja prevista no cronograma de desembolso, a OSC não poderá aplicar o recurso despesa não informada.

Fazer uma tabela para cada fonte de Recurso (Municipal, Estadual, Federal e Próprio, se for o caso).

Se por acaso a OSC oferecer benefícios como cesta básica, vale alimentação, vale refeição deverá relacionado.

Caso a contratação não seja pela forma de CLT deverá ser inserida como RPA ou MEI e colocar os encargos.

7) MATERIAL DE CONSUMO PARA O SERVIÇO/PROJETO



| MATERIAL DE CONSUMO PARA O SERVIÇO/PROJETO | | | | | | | |
|--|-------------------|--------------|------------------|-------------|-----------------|-------------|---------------|
| ITEM DE DESPESA | Recurso Municipal | | Recurso Estadual | | Recurso Federal | | TOTAL |
| | Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | TOTAL |
| Gêneros Alimentícios | R\$5.000,00 | R\$50.000,00 | | | | | R\$ 50.000,00 |
| Material de higiene e limpeza | | | | | | | |
| Material de escritório | | | | | | | |
| Combustível | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | |

8) SERVIÇOS DE TERCEIROS PARA O SERVIÇO/PROJETO

| MATERIAL DE TERCEIROS PARA O SERVIÇO/PROJETO | | | | | | | |
|--|-------------------|-------------|--------------------|-------------|-----------------|-------------|-------|
| ITEM DE DESPESA | Recurso Municipal | | Recurso Estadual – | | Recurso Federal | | TOTAL |
| | Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | 0,00 |
| Aluguel | | | | | | | |
| Manutenção de bens Móveis | | | | | | | |
| Manutenção predial | | | | | | | |
| Seguro veicular | | | | | | | |
| Seguro predial | | | | | | | |
| Serviços contábeis | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | |

9) UTILIDADES PÚBLICAS PARA O SERVIÇO/PROJETO

| PAGAMENTOS COM UTILIDADES PÚBLICAS | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------|-------------|------------------|-------------|-----------------|-------------|-------|
| ITEM DE DESPESA | Recurso Municipal | | Recurso Estadual | | Recurso Federal | | TOTAL |
| | Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | 0,00 |
| Água | | | | | | | 0,00 |
| Energia | | | | | | | 0,00 |
| Telefone | | | | | | | 0,00 |
| Internet | | | | | | | 0,00 |
| Gás encanado | | | | | | | 0,00 |
| TOTAL | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

10) QUADRO-RESUMO DO SERVIÇO/PROJETO



| QUADRO RESUMO DO SERVIÇO/PROJETO | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------|----------------------|------------------|-------------|-----------------|-------------|----------------------|
| ITEM DE DESPESA | Recurso Municipal | | Recurso Estadual | | Recurso Federal | | TOTAL |
| | Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | Valor Mensal | Valor Anual | 0,00 |
| Recursos Humanos | | | | | | | 0,00 |
| Material de Consumo | R\$ 5.000,00 | R\$ 50.000,00 | | | | | R\$ 50.000,00 |
| Material de Terceiros | | | | | | | 0,00 |
| Utilidade Publica | | | | | | | 0,00 |
| TOTAL | R\$ 5.000,00 | R\$ 50.000,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | R\$ 50.000,00 |

11) CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL

| CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MENSAL | | | | |
|---------------------------------|----------------------|------------------|-----------------|----------------------|
| PERÍODO | Recurso Municipal | Recurso Estadual | Recurso Federal | TOTAL |
| 1º MÊS | R\$ 5.000,00 | | | R\$ 5.000,00 |
| 2º MÊS | R\$ 5.000,00 | | | R\$ 5.000,00 |
| 3º MÊS | R\$ 5.000,00 | | | R\$ 5.000,00 |
| 4º MÊS | R\$ 5.000,00 | | | R\$ 5.000,00 |
| 5º MÊS | R\$ 5.000,00 | | | R\$ 5.000,00 |
| 6º MÊS | R\$ 5.000,00 | | | R\$ 5.000,00 |
| 7º MÊS | R\$ 5.000,00 | | | R\$ 5.000,00 |
| 8º MÊS | R\$ 5.000,00 | | | R\$ 5.000,00 |
| 9º MÊS | R\$ 5.000,00 | | | R\$ 5.000,00 |
| 10º MÊS | R\$ 5.000,00 | | | R\$ 5.000,00 |
| 11º MÊS | | | | |
| 12º MES | | | | |
| TOTAL | R\$ 50.000,00 | | | R\$ 50.000,00 |

12) PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PROJETO:

| | |
|----------|------------|
| Início: | 01/01/2023 |
| Término: | 31/10/2023 |

13) IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO

Nome completo: Karina Marsili Campregher
 Formação: Fisioterapeuta Número de registro profissional: CREFITO 4261499
 Telefone para contato: (16) 99783-6723

Nome do Representante Legal: Jorge Luis Torres Cuicapusa

Assinatura: _____




