

PLANO DE TRABALHO - PROPOSTA 0020/2023

1. DADOS CADASTRAIS

Nome da Entidade GACCH Grupo de Apoio as Crianças com Câncer e Hemopatias			CNPJ 05.632.239/0001-06	
Endereço Rua Julio de Mesquita, 50			Bairro Jardim Maria Izabel	
Cidade Marília	UF SP	CEP 17515-230	DDD/Telefone (14) 99675-4474	Email grupogacch@hotmail.com
Nome do Responsável Doralice Marvulle Tan			CPF 029.094.968-80	
RG/Órgão Expedidor 101257983 -		Cargo Presidente		
Endereço R: Mecenas Pinto Bueno, 273, Maria Izabel, Marília/SP			CEP 17500-000	

2. DESCRIÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Título Subvenção Municipal/Atendimento, Assistência e Apoio a Pacientes com Neoplasias	Período de Execução Início: 01/01/2023 - Término: 02/03/2023	
Identificação do Objeto Concessão de subvenção referente aos meses de Janeiro a Março de 2023 para a execução por parte da entidade de serviços de apoio, estadia e acolhimento as crianças portadoras de câncer e hemopatias.		
Público Alvo Pacientes de 0 a 18 anos de idade que fazem tratamento de câncer e/ou doenças hematológicas na cidade de Marília.		
Local de Execução Rua: Júlio de Mesquita, 50 - Maria Isabel - Marília SP		
Coordenador(a) Vera Lucia Torres da Luz CPF: 001.910.558-40		
Responsável Técnico do Projeto Ieda Santos Silva CPF: 341.467.058-51 - Assistente Social CRESS: 51.375		
Endereço do Responsável Técnico R Mecenas Pinto Bueno, 273 - Maria Isabel - Marília SP	DDD/Telefone (14) 3422-4111	Endereço Eletrônico tan@hotmail.com

3. JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO

O GACCH Grupo de Apoio às Crianças com Câncer e Hemopatias, tem como a sua principal missão acolher e prestar suporte aos pacientes e 0 a 18 anos de idade que fazem tratamento de câncer e/ou doenças hematológicas na cidade de Marília. Ofertamos serviços de hospedagem, alimentação, apoio com medicamentos, alimento especial, ou itens como muletas, cadeiras de rodas, curativos etc. Além de ofertar acolhimento humanizado as famílias fragilizadas devido situação de doença de câncer na família.

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Apoio e acolhimento de pacientes que fazem tratamento de câncer e/ou doenças hematológicas na cidade de Marília.

Objetivo Específico

Alcançar apoio integral as famílias que necessitam dos serviços ofertados pela entidade.

5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

1	META: Apoio integral ao paciente e sua família. Ofertando hospedagem, alimentação, suplementos entre outras necessidades.				
Etapa/ Fase	Especificação	Unidade	Qtde Física	Início	Término

6. METODOLOGIA

Atendimento e acolhimento.

7. FORMA DE AFERIÇÃO DOS INDICADORES DAS METAS/ETAPAS OU FASES

Alcançar apoio integral aos pacientes que necessitam dos serviços ofertados pela instituição, mantendo suporte quando necessário às famílias cadastradas na entidade que estão em tratamento de câncer ou doença no sangue.

8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (INSTRUMENTAIS)

Relatório de cumprimento das atividades do objeto, reuniões com coordenação da entidade, assistente social e fotos.

9. PROVISÃO/EQUIPE CONTRATADA

Cargo/Função	Qtde.	Remuneração R\$	Total Mês R\$	Total Ano R\$
Total			0,00	0,00

10. RECURSOS FISICOS

Nº Ordem	Quantidade	Especificação
01	1	Sala de acolhimento
02	1	Sala de atividades
03	1	Sala de atendimento social
04	3	Quarto para repouso
05	1	Lavanderia
06	2	Cozinha
07	1	Brinquedoteca

11. RECURSOS MATERIAIS

Nº Ordem	Quantidade	Especificação
01	1	Veículo de transporte
02	2	Bebedouro
03	2	Cadeira de rodas
04	3	Maquina de costura
05	1	Maquina de lavar roupas
06	2	Mesas

12. PLANO DE APLICAÇÃO

1 - Financeira	Unidade	Quantidade	Previsto R\$
1.01 - Financeira		1	0,00
Sub Total			0,00
2 - Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica	Unidade	Quantidade	Previsto R\$
2.01 - Contabilidade e Auditoria PJ		1	800,00
2.02 - Energia Elétrica		1	800,00
2.03 - Telefone		1	800,00
Sub Total			2.400,00
Total			2.400,00

13. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Fonte de Recurso	Valor Concedente	Valor Proponente	Data
Municipal	1.200,00		10/01/2023
Municipal	1.200,00		09/02/2023
Total	2.400,00		

14. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A entidade possui 2 funcionarias sendo uma assistente social e uma serviços gerais.

15. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao (Órgão Público interessado), para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer Órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste plano de trabalho.

Marília, 21 de Novembro de 2022.

16. REPRESENTANTE DA ENTIDADE

Doralice Marvulle Tan
Dirigente

Ieda Santos Silva CPF: 341.467.058-51 - Assistente Social CRESS: 51.375
Responsável Técnico