



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARATY**

PLANO DE TRABALHO

1. DADOS CADASTRAIS:

NOME DA INSTITUIÇÃO: AMAP - Associação de Mães Atípicas de Paraty	CNPJ: 56.150.657/0001-90		
TIPO DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:	(x) Sem Fins Lucrativos () Cooperativa () Religiosa		
ENDEREÇO: Rua Epaminondas Carlos de Melo Souza, nº 338			
BAIRRO: Patitiba	CIDADE: Paraty	U.F. RJ	CEP: 23.970-000
E-MAIL associacao.amapparaty@gmail.com	TELEFONE: +55 24 99954-5476		
CONTA BANCÁRIA ESPECÍFICA: 000576736925-5	BANCO Caixa Econômica Federal	AGÊNCIA 2914/1292	
NOME DO RESPONSÁVEL: Isabelle Cristina Priscila Dos Santos		CPF: 135.215.377-73	
PERÍODO DE MANDATO: 2 anos (2025-2027)	CARTEIRA DE IDENTIDADE/ÓRGÃO EXPEDIDOR: 21.150.177 - 0	CARGO: Presidente	
ENDEREÇO: Rod. BR 101 KM 589, S/Nº, bairro Campinho da Independência, Paraty/RJ.		CEP: 23.970-000	

2 - PROPOSTA DE TRABALHO:

NOME DO PROJETO:	PRAZO DE EXECUÇÃO	
	INÍCIO	TÉRMINO
Associação de Mães Atípicas de Paraty	Outubro de 2025	Dezembro de 2025
PÚBLICO ALVO:		
Pessoas com Deficiência e seus cuidadores diretos.		



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARATY**

OBJETO DE PARCERIA:

Recurso suplementar para a execução de um projeto com prestação de serviços terapêuticos para atendimento de Pessoas com Deficiências, assim como para seus cuidadores diretos.

DESCRÍÇÃO DA REALIDADE QUE SERÁ OBJETO DA PARCERIA

O Município de Paraty possui um número expressivo de Pessoas Com Deficiência com indicação médica para a realização de atividades terapêuticas que visem o desenvolvimento humano. Contudo, existe escassez de oferta mediante ao número de procura.



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARATY**

JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO:

Em agosto de 2025, a AMAP foi notificada por meio do Ofício nº083/2025 - Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos, o qual comunicou a necessidade de desocupação da sua atual sede. Desta forma, solicita apoio ao Município de Paraty recurso suplementar para que consiga locar um espaço para sediar suas atividades e, assim, concluir o ano sem que os atendimentos terapêuticos sejam afetados.

Esta solicitação leva em consideração que a fila de atendimento em espera é de mais de 100 crianças e adolescentes, sendo que no atual estágio a associação tem ocupação máxima de 69 assistidos. O objetivo da atuação é aumentar o número de atendimentos para que mais pessoas possam ter o acompanhamento necessário. Considerando, também, a alta demanda e o número de PCDs sem nenhum tipo de acompanhamento em Paraty.

O compromisso da AMAP é a busca da proteção e defesa dos direitos das Pessoas com Deficiências, bem como o cuidado de suas famílias, promovendo conscientização, buscando políticas inclusivas e igualdades de oportunidades para elas. Não buscando ser referência, mas sim, fazer a diferença em nosso Município. O grupo tem sido um farol de apoio emocional, oferecendo uma rede de solidariedade que compartilha conhecimento e inspira ação coletiva para garantir que cada PCD, independentemente de suas habilidades, seja respeitada, tenha acesso a uma educação inclusiva, oportunidades de integração e autonomia em sociedade e, em suma, tenha seus direitos fundamentais preservados.

3 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

3.1 - CONCEDENTE

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
META	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
				12.000,00	12.000,00	12.000,00

3.2 - PROPONENTE - ORGANIZAÇÃO PARCEIRA (CONTRAPARTIDA)

META	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
META	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
				25 atendiment os	25 atendiment os	25 atendimento s



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARATY**

4 - DETALHAMENTOS DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

ESPECIFICAÇÃO	R\$/mês	VALOR/total
Locação de imóvel para sede	5.500,00	16.500,00
Material de consumo, Água, Luz e Internet	2.000,00	6.000,00
Aquisição de equipamentos e material permanente para nova sede da entidade	9.167,00	27.501,00
TOTAL		50.001,00

5 - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal da ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, declaro, para fins de comprovação junto ao MUNICÍPIO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexiste qualquer débito ou situação de inadimplência com a Administração Pública Municipal ou qualquer entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento do Município para aplicação na forma prevista e determinada por este Plano de Trabalho.

Pede deferimento.

Local e Data

Organização da Sociedade Civil



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARATY**

6 - APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

6.1 – Secretário(a) de Município requisitante:

() Aprovado () Reprovado

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

6.2 – Chefe do Poder Executivo:

() Aprovado () Reprovado

Data: ___/___/___ Assinatura: _____