



PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL- AGOSTO/2024

PROJETO VIVER TEA TERMO DE FOMENTO Nº 032/2024







Ipojuca, 25 de setembro de 2024.

Às Senhoras

AMANDA PATRÍCIA DA SILVA PIMENTEL

JULIANA FERREIRA ROZAL

Gestora

Termo de Fomento
032/2024.

Assunto: Encaminha subsidídios para emissão de relatório técnico de avaliação de parceria agosto de 2024.

A ASSOCIAÇÃO FILHOS DO IPOJUCA cordialmente a cumprimenta, e serve-se do presente encaminhando subsídios para emissão de relatório técnico de avaliação de parceria, como documento elaborado por nossa instituição e os documentos comprobatórios das despesas realizadas até a ocasião. Em conformidade com a parceria celebrada por meio do Termo de Fomento nº. 32/2024, firmado entre esta Entidade e a Prefeitura Municipal de Ipojuca, através da Secretaria Municipal de Saúde.

Na ocasião solicitamos a atenção especial de Vossa Senhoria no sentido de realizar a análise dos documentos apresentados, bem como o comparativo das despesas e atividades com a execução do Plano de Trabalho proposto, posteriormente, de acordo com as exigências da lei, que sejam os mencionados documentos, enviados à Comissão de Monitoramento e Avaliação para homologação da Prestação de Contas de nossa entidade, referente aos meses de julho e agosto de 2024.

Ressalto que a **ASSOCIAÇÃO FILHOS DO IPOJUCA**, se encontra cumprindo as exigências contidas na Lei Federal nº 13.019/2014 e demais normas jurídicas.

Desde já agradecemos pela atenção, nos colocando a disposição para o que se fizer necessário.





RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRO

1IDENTIFICAÇÃO

| Nº do Processo: Termo de Fomento 032/2023 | Órgão Concedente do fomento ou da colaboração: Fundo Municipal de Saúde- Prefeitura do Ipojuca | |
|--|---|---------------------------|
| CNPJ: | Entidade beneficiada: | Gestor/Presidente: |
| 07.052.687/0001-58 | Associação Filhos do Ipojuca | Severino Joaquim da Silva |

2-EXECUÇÃO FINANCEIRA

| Mês | Previsão de valor a ser repassado no mês | Valor efetivamente repassado pelo Fundo (no mês) R\$ | Valor Gasto pela entidade (no mês) R\$ | Receita de aplicação financeira (no mês) R\$ | Saldo remanescente R\$ |
|-----------|---|---|---|--|------------------------------|
| Julho | R\$ 1.220.500,00 | R\$ 1.220.500,00 | ****** | ****** | R\$ 1.220.500,00 |
| Agosto | R\$ 1.220.500,00 | ****** | R\$ 765.682,32 | R\$ 9.900,45 | R\$ 1.230.400,45 (nota 1) |
| Setembro | ****** | ****** | ****** | ****** | ******* |
| Outubro | ****** | ****** | ****** | ****** | ****** |
| Novembro | ****** | ****** | ****** | ****** | ******* |
| Dezembro | ****** | ****** | ****** | ****** | ******* |
| Janeiro | ****** | ****** | ****** | ****** | ******* |
| Fevereiro | ****** | ****** | ****** | ****** | ****** |
| Março | ****** | ****** | ****** | ****** | ****** |
| Abril | ****** | ****** | ****** | ****** | ******* |
| Maio | ****** | ****** | ****** | ****** | ****** |
| Junho | ****** | ****** | ****** | ****** | ****** |
| Julho | ****** | ****** | ****** | ****** | ****** |

Nota 1- Transferência no valor de R\$ 2.573.807,60 referente ao Projeto Ipojuca Cuida Mais que foi transferido pelo Fundo Municipal de Saúde para a Conta do Projeto Viver TEA, crédito devolvido em sua integralidade ao Fundo de Saúde e devidamente transferido para a conta do projeto Ipojuca





Cuida Mais.

-EXECUÇÃO FÍSICA

| <u>Meta</u> | Indicador | Fórmula de cálculo | <u>Fontes</u> | <u>Evidências</u> | <u>Execução</u> |
|--|---|-----------------------|---|---|-----------------|
| Elaborar 01 documento técnico com perfil das pessoas que estão na fila de espera para atendimento no CER, com estratificação das necessidades de atendimento especializado. | Número absoluto de documentos técnicoselaborados contendoo total de pessoas dalista de espera cadastrados e classificados por estratificação de necessidades de atendimento especializado | Não se aplica | Lista de espera de atendimen todo CER II | Cópia do documento validada pela gestãolocal. | |
| Elaborar 01 documento técnico sobre a capacidade instalada e resposta da rede de saúde para atendimento às pessoas com TEA e suas famílias; | Número absoluto de documentos técnicos elaborados contendo detalhamento da capacidade de respostas dos serviços ofertados para o atendimento às pessoas com TEA e suas famílias | Não se aplica | Relatórios devisitas técnicas | Cópia do documento validada pela gestãolocal. | |
| Elaborar 01 documento técnico com proposta de linha do cuidado às pessoas com TEA e suas famílias para Organizar e Integrar os Serviços de Saúde elaborado. | Número absoluto dedocumento técnico com proposta de linha do cuidado às pessoas com TEA esuas famílias para Organizar e Integraros Serviços de Saúde | Não se aplica | Relatórios de progresso daequipe técnica responsáv el. | Cópia do documento validada pela gestãolocal. | |
| Implantar 01 novo serviço municipal de saúde com profissionais e equipamentos para atendimento de pessoas com TEA e suas famílias | Percentual de profissionais contratados (%). Percentual de equipamento s adquiridos (%). | Não se aplica | Relatórios dosetor de RH com cópia dos contratos Inventário de equipament os adquiridos para os novos serviços | Contratos dos novos profissionais Notas fiscais dos equipamentos adquiridos | |





| Elaborar 01 documento técnico com proposta de melhorias no fluxo de acolhimento e assistência do CER | Número absoluto de documento técnico com proposta de melhorias no fluxo deacolhimento e assistência do CER; | Não se aplica | Relatórios de progresso daequipe técnica responsáv el. | Cópia do documento validada pela gestãolocal. | |
|--|---|---|--|---|--|
| Ampliar a capacidade assistencial do CER em 50%. | Percentual de aumento no númerode atendimentos realizados mensalmente (%). | Número de atendimentos após a ampliação - Número de atendimentos antes da ampliação) / Número de atendimentos antes da ampliação) * 100 | Registros de atendiment odo CER. | Cópia do relatório de atendimentos do CER | |
| Qualificar 100% das Equipes de saúde da família em diagnóstico e cuidado a pessoas com TEA e suas famílias; | Percentual de equipes qualificadas(%). | (Número de equipes qualificadas / Número total de equipes) * 100 | Relatório de profissionai s capacitado s pela empresa prestadora Setor de recursos humanos da Associaçã o Filhos do Ipojuca | Atas de participação dos profissionais nos processos de capacitação lista de presença e fotos. | |
| Cadastrar 100% das pessoas com TEA e suas famílias nas Equipes de saúde da família; | Percentual de pessoas com TEA esuas famílias cadastradas (%). | (Número de pessoas com TEA e suas famílias cadastradas / Número total de pessoas com TEA e suas famílias identificada s) * 100 | Relatório da base de dados desenvolvi dapelo projeto | Arquivo com backup da base de dados | |
| Implantar grupos de apoio a pais em 100% das UBS pessoas com TEA cadastradas; | Percentual de UBS com grupos de apoio implantados (%). | (Número de UBS com grupos de apoio implantados / Número total de UBS) * 100 | Relatório da base de dados desenvolvi dapelo projeto Relatório analítico dos consultore s técnicos do projeto | Arquivo com backup da base de dados | |





| Elaborar 01 protocolo de cooperação intersetorial para Saúde, Educação e Assistência Social visando apoio às `pessoas com TEA e suas famílias | Número absoluto deprotocolo de cooperação intersetorial para Saúde, Educação e Assistência Social visando apoio às `pessoas com TEA esuas famílias elaborado | Não se aplica | Relatório da base de dados desenvolvi dapelo projeto Relatório analítico dos consultore s técnicos do projeto | Cópia do protocolo | |
|---|--|---|--|--|--|
| Realizar 01 qualificação para profissionais das 03 secretarias para Implementação do protocolo de cooperação. | Número absoluto de profissionais das trêssecretarias qualificados. | Número total de profissionais | Relatório de profissionai s capacitado s pela empresa prestadora Setor de recursos humanos da Associaçã o Filhos do Ipojuca | Atas de participação dos profissionais nos processos de capacitação lista de presença e fotos. | |
| Realizar 01 reunião mensal para monitoramento da implementação do projeto. | Percentual de reuniões realizadas conforme o cronograma (%). | (Número de reuniões realizadas / Número total de reuniões planejadas) * 100 | Relatório da base de dados desenvolvi dapelo projeto Relatório analítico dos consultore s técnicos do projeto | Ata da reunião de monitoram ento | |
| Elaborar 01 relatório de acompanhamento trimestral, do processo de implementação do projeto | Percentual de relatórios trimestrais entregues (%). | (Número de relatórios entregues / Número total de relatórios previstos) * 100 | Relatório da base de dados desenvolvi dapelo projeto Relatório analítico dos consultore s técnicos do projeto | Cópia do Relatório | |
| Elaborar 01 relatório final de implementação do projeto. | Número absoluto derelatório final de implementação do projeto elaborados | Não se aplica | Relatório da base de dados desenvolvi dapelo projeto Relatório analítico dos consultore s técnicos do | Cópia do relatório | |





| projeto | | |
|---------|---------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | projeto | projeto |

4- RESUMO

PERCENTUAL FINANCEIRO EXECUTADO:

31,3%

5-ENCAMINHAMENTO

| Á Associação Filhos do Ipojuca. | |
|----------------------------------|------------------------------|
| | |
| Sucesso Soluções LTDA | Associação Filhos de Ipojuca |
| Ipojuca, 25 de setembro de 2024. | Severino Joaquim da Silva |

Agosto/2024- Parcial

DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA, EVIDENCIANDO OS RECURSOS RECEBIDOS, A CONTRAPARTIDA RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO FINANCEIRO

1-IDENTIFI CAÇÃO

| Nº do Processo: Termo de Fomento 032/2023 | Órgão Concedente do fomento ou da colaboração: Fundo Municipal de Saúde- Prefeitura do Ipojuca | |
|--|---|---------------------------|
| CNPJ: | Entidade beneficiada: | Gestor/Presidente: |
| 07.052.687/0001-58 | Associação Filhos do Ipojuca | Severino Joaquim da Silva |

2. DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO

| DATA PREVISTA PARA O REPASSE(2) | VALORES PREVISTOS (R\$) | DATA DO REPASSE | NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO | VALORES REPASSADOS (R\$) |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| JULHO/2024 | R\$ 1.220.500,00 | 05/07/2024 | | R\$ 1.220.500,00 |
| AGOSTO/2024 | R\$ 1.220.500,00 | | | |
| | | | | |





| (A) SALDO DO EXERCÍCIO ANTERIOR | 0,00 |
|---|------------------|
| (B) REPASSES PÚBLICOS NO EXERCÍCIO | R\$ 1.220.500,00 |
| (C) RECEITAS COM APLIC. FINANC. DOS REPASSES PÚBLICOS | R\$ 9.900,45 |
| (D) OUTRAS RECEITAS DECORRENTES DA EXECUÇÃO DO AJUSTE (3) | 0,00 |
| (E) TOTAL DE RECURSOS PÚBLICOS (A+B+C+D) | R\$ 1.220.500,00 |
| (F) RECURSOS PRÓPRIOS DA ENTIDADE CONVENIADA | 0,00 |
| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO (C+E+F) | R\$ 1.230.400,45 |

3- DEMONSTRATIVOS DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO

| ORIG | ORIGEM DOS RECURSOS (4): MUNICIPAL/FEDERAL/ESTADUAL | | | | | |
|------------|---|--|--|--|--|--|
| DESPESA(8) | DESPESAS CONTABILIZADAS NESTE EXERCÍCIO(R\$) | DESPESAS CONTABILIZADA S EM EXERCÍCIOS ANTERIORES E PAGAS NESTE EXERCÍCIO(R\$) (H) | DESPESAS CONTABILIZAD AS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS NESTE EXERCÍCIO(R\$) (I) | DESPESAS CONTABILIZA DAS NESTE EXERCÍCIO E PAGAS EM EXERCÍCIOS SEGUINTES (R\$) | | |
| TOTAL | R\$ 765.682,32 | ***** | R\$ 765.682,32 | ***** | | |

4- DEMONSTRATIVO DO SALDO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO

| (G) TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO EXERCÍCIO | R\$ 1.220.500,00 |
|--|------------------|
| (J) DESPESAS PAGAS NO EXERCÍCIO (H+I) | R\$ 765.682,32 |
| (K) RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO [E-(J-F)] | |
| (L) VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO PÚBLICO | |
| (M) VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO DO EXERCÍCIO SEGUINTE(K-L) | |

Declaro(amos), na qualidade de responsável(eis) pela entidade supraepigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado, proposto ao Órgão Público Convenente.

| ipojuca, 25 | de setembr | 0 de 2024. | | |
|-------------|------------|------------|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Associação Filhos de Ipojuca Severino Joaquim da Silva





DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTOS REALIZADOS

| JULHO | | | | | EXERCICIO | 2024 | |
|-----------|----------------------------|--|--------------------|-----------------|------------------------|------------------------|--|
| I- IDEN | I- IDENTIFICAÇAO | | | | | | |
| 01 | - Nome da Entidade | Convenente | 02 - Núm | ero do CNPJ | 03 - Po | eriodo de Execução | |
| As | sociação Filhos o | do Ipojuca | 07.052.687/0001-58 | | Julho de 2024 | Julho de 2025 | |
| | | 04 - Endereço | • | | 05 - Município | 06- Número convênio | |
| Rua | TV Mario Julio do Rego | Ipojuca, Pernambuco. | | Ipojuca | 32/2024 | | |
| II- PAG | AMENTOS EFETUAD | oos | | | | | |
| | | 09 - Descrição dos | 10 - | Documentos | 11 - Pagament os | 12 - Valor R\$ | |
| 07 - Item | 08 - Nome do Favorecido | Bens ou Serviços | Tipo | Competênci a | Dia | | |
| | ı | SEM MOVIMENTAÇÃO FINACEIRA DE DESPESA | | | 1 | | |

| AGOSTO | | | | | | EXE | RCICIO | 2024 |
|------------|--|---|------------------------|-----------------------------|----------|------------|-----------------|------------------------|
| | ENTIFICAÇÃO | | | | | | | |
| 01 - Nome | da Entidade Conve | enente | 02 - Ni | imero do CNPJ | l | | 03 - Per | iodo de Execução |
| | Associação Fil | hos do Ipojuca | | 07.052.687/00 | 01-58 | Julho | de 2024 | Julho 2025 |
| | | 04 - Endereço | | | | | 05 - nicípio | 06- Número convênio |
| 1 | Rua TV Mario Julio d | o Rego, 69, Nossa Senhora do Ó, I CEP 55.590-000 | pojuca, P | ernambuco. | | Iр | ojuca | 32/2024 |
| | | | | | | | | |
| II. PA | GAMENTOS EFET | UADOS | | | | | | |
| 07 - Item | 08 - Nome do | 09 - Descrição dos Bens ou | 10 - D | 10 - Documentos 11 - Pagame | | entos | 12 - Valor | ⁻ R\$ |
| | Favorecido | Serviços | Tipo | Competência | Data | | | |
| 01 | Instituto Rede Termo de Cooperação Vidha | | | | 30/08/20 | 024 | R\$ 753.17 | 70,02 |
| 02 | Tamara Albuquerque Leite | Equipe Técnica | Equipe Técnica 30/08/2 | | 024 | R\$ 12.500 |),00 | |
| 03 | Tarifa DOC/TED Tarifa bancária 30/08/ | | | 30/08/20 | 024 | R\$ 12,30 | | |
| 13 - TOTAL | | R\$ 765.682,32 | | | | | | |

| AUTENTICAÇÃO | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | |
| Ipojuca, 25 de setembro de 2024 | Assinatura Responsável - Presidente | |
| | | |





RELAÇÃO DE BENS ADQUIRIDOS COM RECURSOS PASSÍVEIS DE TOMBAMENTO

| Nº do Processo: Termo de Fomento 017/2023 | Órgão Concedente do fomento ou da colaboração: Fundo Municipal de Saúde- Prefeitura do Ipojuca | | | |
|--|---|---------------------------|--|--|
| CNPJ: | Entidade beneficiada: | Gestor/Presidente: | | |
| 07.052.687/0001-58 | Associação Filhos do Ipojuca | Severino Joaquim da Silva | | |

| Documento N.º | o Fiscal Data | Especificação dos Bens | Qtde Valor Unit. (R\$) | | Valor Total (R\$) | |
|---------------|------------------|------------------------|------------------------|--|----------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | SEM MOVIMENTAÇÃO | | | | | |

ENCAMINHAMENTO

| A Associação Filhos do Ipojuca. | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|--|--|--|
| | | | | |
| Sucesso Soluções LTDA | Associação Filhos de Ipojuca | | | |
| lpojuca, 25 de setembro de 2024. | Severino Joaquim da Silva | | | |

RELAÇÃO DE PRODUTOS PRODUZIDOS (Não há serviços finalizados para incluir até Agosto de 2024)

| Nº do Processo: | Órgão Concedente do fomento ou da colaboração: | | |
|---------------------------------|---|---|--|
| Termo de Fomento 032/2023 | Fundo Municipal de Saúde- Prefeitura do Ipojuca | | |
| CNPJ: 07.052.687/0001-58 | Entidade beneficiada: Associação Filhos do Ipojuca | Gestor/Presidente: Severino Joaquim da Silva | |

| Especificação do Produtos Produzidos | Formato de Disponibilização |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| Não se aplica até o momento | |

ENCAMINHAMENTO

| À Associação Filhos do Ipojuca. | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|--|--|--|
| | | | | |
| Sucesso Soluções LTDA | Associação Filhos de Ipojuca | | | |
| Ipojuca, 15 de setembro de 2024. | Severino Joaquim da Silva | | | |





CONCILIAÇÃO BANCÁRIA MÊS A MÊS-

JULHO

| Nº do Processo: Termo de Fomento 032/2023 | | | ão Concedente do fomer undo Municipal de Saúde | | | |
|--|------------------------|--------------------|--|--------|---|--|
| CNPJ: 07.052.687/0001-58 | | | Entidade beneficiada: Associação Filhos do Ipojuca | | Gestor/Presidente: Severino Joaquim da Silva | |
| DADOS BANCÁ | RIOS | | | | | |
| BANCO Nº: | NOME DO BANCO: | AGÊNCIA: | TIPO DE CONTA: | | CONTA Nº: | |
| 004 | Danas da Dasail | 0400.5 | (x)CORRENTE | | 00740.7 | |
| 001 | Banco do Brasil | 2138-5 | () INVESTIMENTO/PO | UPANÇA | 66713-7 | |
| I- SALDO | DO RAZÃO NO ÚLTIMO DIA | A DO MÊS: | | | R\$ 1.220.500,00 | |
| II- DÉBITC | OS LANÇADOS NO RAZÃO, | NÃO LANÇADO | PELO BANCO: | | R\$ 0,00 | |
| DATA | Nº DOCUMENTO | HISTÓRICO | | | VALOR | |
| **** | **** | ***** | | | | |
| III- CRÉDIT | OS LANÇADOS NO RAZÃO |), NÃO LANÇADO | OS PELO BANCO: | | R\$ 0,00 | |
| DATA | Nº DOCUMENTO | HISTÓRICO | | | VALOR | |
| **** | **** | ***** | | | | |
| IV- DÉBITC | OS LANÇADOS PELO BANC | O, NÃO LANÇAD | OS NO RAZÃO | | R\$ 0,00 | |
| DATA | Nº DOCUMENTO | HISTÓRICO | | | VALOR | |
| **** | **** | ***** | | | | |
| V- CRÉDIT | OS LANÇADOS PELO BAN | CO, NÃO LANÇA | DOS NO RAZÃO: | | R\$ 0,00 | |
| DATA | Nº DOCUMENTO | HISTÓRICO | | VALOR | | |
| ***** | **** | | | | | |
| VI – SALDO AJU: | STADO DO RAZÃO ANALÍT | CO = (I+II+III+IV- | +V) | | R\$ 1.220.500,00 | |
| VII-SALDO DO E | XTRATO BANCÁRIO NO ÚL | TIMO DIA DO MÉ | ÈS | | R\$ 1.220.500,00 | |

| AUTENTICAÇÃO | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| lpojuca, 15 de setembro de 2024 | Assinatura Responsável - Presidente | | | | | |
| | | | | | | |





AGOSTO

| | Nº do Processo: Termo de Fomento 032/2023 Órgão Concedente do fomento ou da o Fundo Municipal de Saúde- Prefeitura | | | | | | | |
|----------------|---|--------------------|---|--|----------------------|--|--|--|
| | CNPJ: 052.687/0001-58 | | le beneficiada: ão Filhos do Ipojuca | tor/Presidente: rino Joaquim da Silva | | | | |
| DADOS BANCÁ | ARIOS | | | | | | | |
| BANCO Nº: | NOME DO BANCO: | AGÊNCIA: | TIPO DE CONTA: | | CONTA Nº: | | | |
| 224 | | 0400 5 | (x)CORRENTE | | 20742.7 | | | |
| 001 | Banco do Brasil | 2138-5 | () INVESTIMENTO/PO | UPANÇA | 66713-7 | | | |
| VI- SALDO | DO RAZÃO NO ÚLTIMO DIA | A DO MÊS: | | | R\$ 1.230.400,45 | | | |
| VII- DÉBITO | OS LANÇADOS NO RAZÃO, | NÃO LANÇADO | PELO BANCO: | | R\$ 0,00 | | | |
| DATA | Nº DOCUMENTO | HISTÓRICO | | | VALOR | | | |
| **** | **** | | ***** | | | | | |
| VIII- CRÉDIT | R\$ 0,00 | | | | | | | |
| DATA | Nº DOCUMENTO | HISTÓRICO | | | VALOR | | | |
| ***** | **** | | **** | | | | | |
| IX- DÉBITO | OS LANÇADOS PELO BANC | O, NÃO LANÇAD | OS NO RAZÃO | | R\$ 0,00 | | | |
| DATA | Nº DOCUMENTO | HISTÓRICO | | | VALOR | | | |
| ***** | ***** | | ***** | | | | | |
| X- CRÉDIT | ΓOS LANÇADOS PELO BAN | CO, NÃO LANÇA | DOS NO RAZÃO: | | R\$ 0,00 | | | |
| DATA | Nº DOCUMENTO | HISTÓRICO | | | VALOR | | | |
| **** | **** | | **** | | | | | |
| VI – SALDO AJU | STADO DO RAZÃO ANALÍTI | CO = (I+II+III+IV- | +V) | | R\$ R\$ 1.230.400,45 | | | |
| VII-SALDO DO E | XTRATO BANCÁRIO NO ÚL | TIMO DIA DO MÉ | Ès | | R\$ R\$ 1.230.400,45 | | | |

| AUTENTICAÇÃO | |
|-------------------------------|--|
| Ipojuca, 15 de agosto de 2024 | Assinatura Responsável - Presidente |
| 1903ava, 10 ao agosto ao 2021 | , icolliatara resoponearor i residente |



25 setembro de 2024



RELATÓRIO MENSAL PARA PORTAL DA TRANSPARÊNCIA (artigo 10 e 11 da Lei 13.019/2014)

| PRESTAÇÃO DE CONTAS JUNHO DA ENTIDADE: | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Entidade: Associação Filhos do Ipojuca | | | | | | | | | | |
| CNPJ: 07.052.687/0001-58 | | | | | | | | | | |
| Órgão da Administraçã | ão Pública responsáv | el: SECRETARIA DE SAÚDE IPOJUCA | | | | | | | | |
| Data de assinatura: 04 de julho de 2024 | instrumento de formalização da parcena: | | | | | | | | | |
| promoção da saúde, n desenvolvidas pela atend e descobertas em paro | o âmbito do município ção primária à saúde da ceria com a sociedade | de projeto que visa a contribuir com a do Ipojuca, bem como apoiar as ações a população, incluindo as áreas cobertas civil organizada e o poder público, nos o, correspondente a reserva de mentar. | | | | | | | | |
| Valor total da parceria R\$: | Valores liberados: | Situação da prestação de contas: (x) EM ANDAMENTO | | | | | | | | |
| R\$ 2.441.000,00 | Mês:Valor R\$: Julho R\$ 1.220.500,00 | () REGULAR () REGULAR C/ RESSALVA () IRREGULAR | | | | | | | | |
| Data de apresentação da Prestação de contas: Parcial. | estação de Prazo para Resultado conclusivo: | | | | | | | | | |
| | Não se aplica | Em análise | | | | | | | | |





Empenhos e liquidações

PROJETO VIVER TEA







EXTRATOS BANCÁRIO MÊS A MÊS

PROJETO VIVER TEA







02/09/2024, 18:00 Banco do Brasil

Extratos - Investimentos Fundos - Mensal

G336021703153544037 02/09/2024 17:59:50

Cliente

Agência

66713-7 ASSOCIAÇÃO FILHOS IPOJUÇÃ Conta

| Mês/ano referê | ncia JULHO/2024 | | | | | | |
|----------------|------------------------|--------------|---------------------|-----------|------------------|-------------|----------------|
| | resa Agil - CNPJ: 5.77 | | | | | | |
| Data | Histórico | Valor | Valor IRPrej. Comp. | Valor IOF | Quantidade cotas | Valor cota | Saldo cotas |
| 28/06/2024 | SALDO ANTERIOR | 0,00 | | | | | |
| 31/07/2024 | APLICAÇÃO | 1.220.500,00 | | | 278.290,403483 | 4,385706387 | 278.290,403483 |
| 31/07/2024 | SALDO ATUAL | 1.220.500,00 | | | 278.290,403483 | | 278.290,403483 |
| Resumo do | mês | | | | | | |
| SALDO ANTE | RIOR | 0,00 | | | | | |
| APLICAÇÕES | i (+) | 1.220.500,0 | 0 | | | | |
| RESGATES (| •) | 0,00 | | | | | |
| RENDIMENT | O BRUTO (•) | 0,00 | | | | | |
| IMPOSTO DE | RENDA (-) | 0,00 | | | | | |
| IOF (-) | | 0,00 | | | | | |
| RENDIMENTO | D LÍQUIDO | 0,00 | | | | | |
| SALDO ATUA | L= | 1.220.500,0 | 0 | | | | |
| Valor da Cot | a | | | | | | |
| 28/06/2024 | 4,348881563 | | | | | | |
| 31/07/2024 | 4,385706387 | | | | | | |
| Rentabilidad | le | | | | | | |
| No mês | 0,8467 | | | | | | |
| No ano | 5,7667 | | | | | | |
| Últimos 12 mes | ses 10,7684 | | | | | | |

Transação efetuada com sucesso por: JG233756 SEVERINO JOAQUIM DA SILVA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678 Para deficientes auditivos 0800 729 0088





02/09/2024, 17:33 Banco do Brasil

☐ Visualizar Pix agrupados



Consultas - Extrato de conta corrente

G336021703153544020 02/09/2024 17:33:27

Cliente - Conta atual

Agência 2138-5

Conta corrente 66713-7 ASSOCIACAO FILHOS IPOJUCA

Período do 08 / 2024

Lançamentos

| Dt. balancete | Dt. movimento | Ag. origem | Lote | Histórico | Documento | Valor R\$ | Saldo |
|------------------|------------------|------------|-------|-----------------------------------|---------------------|----------------|----------------|
| 31/07/2024 | | 0000 | 00000 | 000 Saldo Anterior | | | 0,00 C |
| 22/08/2024 | | 2138 | 99015 | 870 Transferência recebida | 552.138.000.071.000 | 2.573.807,60 C | 2.573.807,60 C |
| | | | | 22/08 15:45 FMS-SAUDE IPOJUCA | | | |
| 30/08/2024 | | 0000 | 13105 | 393 TED Transf.Eletr.Disponiv | 83.001 | 753.170,02 D | |
| | | | | 104 1890 009553873000104 INSTITUT | O DE | | |
| 30/08/2024 | | 0000 | 13105 | 144 Pix - Enviado | 83.002 | 12.500,00 D | |
| | | | | 30/08 16:04 TAMARA ALBUQUERQUE | LEITE G | | |
| 30/08/2024 | | 0000 | 13113 | 310 Tar DOC/TED Eletrônico | 892.431.200.013.665 | 12,30 D | 1.808.125,28 C |
| | | | | Cobrança referente 30/08/2024 | | | |
| 31/08/2024 | | 0000 | 00000 | 999 SALDO | | | 1.808.125,28 C |

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JG233756 SEVERINO JOAQUIM DA SILVA.





02/09/2024, 17:34 Banco do Brasil



Extratos - Investimentos Fundos - Mensal

G336021703153544021 02/09/2024 17:34:36

| \sim | l- | ato. |
|--------|----|------|
| u | ш | ш |

66713-7 ASSOCIAÇÃO FILHOS IPOJUÇÃ

AGOSTO/2024

| RF CP Empr | resa Agil - CNPJ: 5.775 | 5.723/0001-86 | | | | | |
|--------------|-------------------------|---------------|---------------------|-----------|------------------|------------|----------------|
| Data | Histórico | Valor | Valor IRPrej. Comp. | Valor IOF | Quantidade cotas | Valor cota | Saldo cotas |
| 31/07/2024 | SALDO ANTERIOR | 1.220.500,00 | | | 278.290,403483 | | |
| 30/08/2024 | SALDO ATUAL | 1.230.400,45 | | | 278.290,403483 | | 278.290,403483 |
| Resumo do | mês | | | | | | |
| SALDO ANTE | RIOR | 1.220.500,00 | | | | | |
| APLICAÇÕES | S (+) | 0,00 | | | | | |
| RESGATES (| -) | 0,00 | | | | | |
| RENDIMENTO | O BRUTO (+) | 9.900,45 | | | | | |
| IMPOSTO DE | RENDA (-) | 0,00 | | | | | |
| IOF (-) | | 0,00 | | | | | |
| RENDIMENTO | O LÍQUIDO | 9.900,45 | | | | | |
| SALDO ATUA | L= | 1.230.400,45 | | | | | |
| Valor da Cot | a | | | | | | |
| 31/07/2024 | 4,385706387 | | | | | | |
| 30/08/2024 | 4,421282360 | | | | | | |
| Rentabilidad | le | | | | | | |
| No mês | 0,8111 | | | | | | |
| No ano | 6,6246 | | | | | | |

Transação efetuada com sucesso por: JG233756 SEVERINO JOAQUIM DA SILVA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Últimos 12 meses 10,4767

Ouvidoria BB 0800 729 5678 Para deficientes auditivos 0800 729 0088





RELATÓRIO DE COOPERAÇÃO COM A REDE VHIDA







| | | AGOST | 0 | EXERCICIO | 2024 | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------------------|--------------------|---------------------|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO | | | | | | | | |
| 0 | 1 - Nome da I Convene | | 03 - Periodo de Execução | | | | | |
| INSTI | TUTO DE AF HUMAN | | 07.052. | 687/0001-58 | Julho/2024 | Julho/2025 | | |
| | | 04 - Ende | reço | | 05 - Município | 06- Número convênio | | |
| Rua | TV Mario Julio do | Rego, 69, Nossa Se CEP 55.590- | nhora do Ó, Ipojı ∙000 | uca, Pernambuco. | Ipojuca | 32/2024 | | |
| | | | | | | | | |
| | | | PAGAME | NTOS EFETUAD | OS | | | |
| 07 - | 08 - Nome | 09 - | 10 - D | ocumentos | 11 - Pagamentos | 12 - Valor R\$ | | |
| Item | do Favorecido | Descrição dos Bens ou Serviços | Tipo | Competência | Data | | | |
| 01 | Caixa Econômica | serviço | Tarifa | | | R\$ 36,50 | | |
| 02 | Caixa Econômica | serviço | Tarifa | | | R\$ 69,00 | | |
| 13 - TOTAL | | | | | | R\$ 105,50 | | |





02/09/2024, 09:29 Extrato por Período

Extrato por período



INSTITUTO DE APOIO A VIDA HUMANA

Agência: 1890 / Produto: 003 / Conta: 00001651-6

Emitido em 02/09/2024 - 09:29:08

| Lançamentos de 31/08/2024 à 01/08/2024 | | | | | | | | | |
|--|----------------------|-----------|------------|----------------|----------------|--|--|--|--|
| DATA DE LANÇAMENTO | DATA DE MOVIMENTO | DOCUMENTO | HISTÓRICO | VALOR (R\$) | SALDO (R\$) | | | | |
| 01/08/2024 | 01/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 02/08/2024 | 02/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 05/08/2024 | 05/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 06/08/2024 | 06/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 07/08/2024 | 07/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 08/08/2024 | 08/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 09/08/2024 | 09/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 12/08/2024 | 12/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 13/08/2024 | 13/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 14/08/2024 | 14/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 15/08/2024 | 15/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 16/08/2024 | 16/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 19/08/2024 | 19/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 20/08/2024 | 20/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 21/08/2024 | 21/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 22/08/2024 | 22/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 23/08/2024 | 23/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 26/08/2024 | 26/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 27/08/2024 | 27/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 28/08/2024 | 28/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 29/08/2024 | 29/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 0.00 | 0.00 | | | | |
| 30/08/2024 | 30/08/2024 | 100000 | CRED TED | 753170.02 | 753170.02 | | | | |
| 30/08/2024 | 30/08/2024 | 540000 | TAR CADAST | -36.50 | 753133.52 | | | | |
| 30/08/2024 | 30/08/2024 | 720240 | DB CEST PJ | -69.00 | 753064.52 | | | | |
| 30/08/2024 | 30/08/2024 | 000000 | SALDO DIA | 753064.52 | 753064.52 | | | | |







2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Data de Emissão: 02/09/2024 ás 09:28:17

Tipo de TED: TED para terceiros

Conta Origem: 1890 / 003 / 00001651-6

Tipo de Conta: Conta Corrente Tipo de Pessoa: JURÍDICA

Nome: ASSOCIACAO FILHOS IPOJUCA

CPF/CNPJ: 07.052.687/0001-58

Banco: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL - 00360305

Tipo de Conta: Conta Corrente Conta Destino: 1890 / 16516 Tipo de Pessoa: JURÍDICA

Nome: INSTITUTO DE APOIO A VIDA HUMA

CPF/CNPJ: 09.553.873/0001-04

Valor: R\$ 753.170,02

Valor da Tarifa: R\$ 0,00

Finalidade: Credito em Conta Identificação da Operação:
Histórico: 00000000000000

Data de débito: 30/08/2024

Data / Hora da Operação: 30/08/2024

Código da Operação:

Chave de Segurança: EL5AGYTSQG742V6Q

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

 SAC CAIXA
 Ouvidoria

 0800 726 0101
 0800 725 7474

 Pessoas com deficiência auditiva
 Alô CAIXA

 0800 726 2492
 0800 104 0104





RELATÓRIO TÉCNICO PROJETO VIVER TEA







RELATÓRIO TRIMESTRAL DE ATIVIDADES

Julho-Agosto-Setembro de 2024

IPOJUCA - PE





SUMÁRIO

| l. | INTRODUÇÃO | 3 |
|------|-----------------------------|----|
| II. | OBJETIVOS | 4 |
| III. | DESCRIÇÃO DAS AÇÕES E METAS | 5 |
| IV. | REGISTRO DAS ATIVIDADES | 13 |
| ٧. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 28 |





I. INTRODUÇÃO

A Associação Filhos do Ipojuca, fundada desde o ano de 2015, localizada no distrito de Nossa Senhora do Ó, é uma instituição sem fins lucrativos, de caráter social que efetua ações sociais para toda a população do município de Ipojuca. Essas ações têm como foco atender toda a comunidade, contribuindo de forma significativa na vida da população. São realizados projetos e programas sociais, tais como: o "Projeto Escolinha de Esportes" que auxilia as escolinhas de esportes de diferentes modalidades, como: futebol, futevôlei, jiu-jítsu, muay thai e surf localizadas em Ipojuca, Nossa Senhora do Ó, Porto de Galinhas e nos Engenhos Boacica, Caetes e Cachoeira, atendendo aproximadamente 300 alunos cadastrados nas escolinhas; o "Programa Novo Olhar" que realiza exames de vista junto à entrega dos óculos proporcionando melhores condições e autonomia para a comunidade e o "Programa Ipojuca Sorridente" que tem a finalidade de realizar entrega de prótese dentária, resgatando a autoestima dos Ipojucanos.

O presente projeto, intitulado "VIVER TEA IPOJUCA", tem como único propósito: unir forças à gestão de saúde do município de Ipojuca no intuito de cuidar da saúde das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) de modo integral e humanizado, promovendo o acesso universal, equitativo e em tempo oportuno, garantindo, ainda, o mapeamento e priorização das necessidades de saúde da população com TEA. Justifica-se o esforço proposto nas ações a serem desenvolvidas no projeto em virtude de ainda existirem milhares de famílias residentes em nosso município que carecem de cobertura especializada para atendimento às especificidades do TEA, prejudicando o neurodesenvolvimento das crianças, impactando na qualidade de vida das famílias. Cabe destacar que a falta de intervenção precoce acarreta um pior prognóstico para o desenvolvimento de habilidades, acarretando um maior custo para o sistema de saúde com fármacos e serviços de saúde especializados e complexos.

Assim, de acordo com a nossa missão, queremos promover o bem-estar social da comunidade e a inclusão social dos cidadãos ipojucanos, contribuindo para a ampliação e qualificação do acesso à saúde. É nesta perspectiva que a Associação Filhos de Ipojuca vem, neste contexto, apresentar o presente projeto, que nasceu da





ideia do Ser e Estar Presente, aliada a um forte sentimento de que a garantia do acesso à saúde está entre os direitos essenciais do ser humano, necessitando de esforços conjunto da sociedade e dos governos para que seja efetivado de forma mais robusta a cada dia.

O município de Ipojuca, situado em Pernambuco, possui uma ampla rede de serviços de saúde, incluindo unidades mistas, policlínicas, centros de especialidades, unidades de apoio ao diagnóstico e unidades básicas de saúde, entre outros. No entanto, o atendimento especializado às crianças autistas enfrenta deficiências significativas. O Centro Especializado em Reabilitação (CER) tipo II atualmente atende 227 crianças com TEA, além de uma lista de espera com mais 237 crianças com TEA.

O projeto "Viver TEA Ipojuca" é uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Ipojuca que visa aprimorar o atendimento às crianças autistas, fortalecendo a rede de saúde municipal para garantir que todas as crianças, independentemente de suas necessidades, tenham acesso a cuidados integrais, visando a construção de um futuro saudável e inclusivo em Ipojuca, por meio da estruturação de uma linha de cuidado específica para o cuidado às pessoas com TEA e seus familiares.

II. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Ampliar e reestruturar o cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas famílias em Ipojuca, assegurando a integralidade do cuidado por meio do fortalecimento da rede municipal de saúde e da promoção da intersetorialidade entre as secretarias de saúde, educação e assistência social.

Objetivos Específicos

- Realizar diagnóstico do perfil das pessoas atendidas no município com diagnóstico de TEA e dos existentes na fila de espera;
- Identificar a capacidade instalada e de resposta da rede de saúde de Ipojuca para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista e seus familiares.





- Estruturar uma Linha de cuidado para atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção à Saúde do município de Ipojuca.
- Ampliar a assistência à saúde com novos serviços especializados para o atendimento de pessoas com TEA.
- Reorganizar os serviços de saúde existentes para otimizar o atendimento às pessoascom TEA.

III. DESCRIÇÃO DAS AÇÕES E METAS

Para o alcance dos objetivos delineados na seção anterior, o projeto está estruturado em 3 eixos que representam os principais movimentos a serem trabalhados:

- Eixo 1 Diagnóstico de perfil da demanda existente, demanda reprimida e da redede atenção do município;
- Eixo 2 Construção e implementação da Linha de cuidado para atenção àspessoas com TEA e suas famílias

Eixo 3 - Gestão do Projeto

Os eixos apresentados representam o conjunto de ações a serem desenvolvidas, sem necessariamente representar um sequenciamento, já que os movimentos desses eixos irão ocorrer em paralelo ao longo da duração do projeto.

Segue abaixo o detalhamento de cada eixo com o conjunto de ações em andamento:

| <u>AÇÕES</u> | Jul-24 | Aug-24 | Sep-24 | Oct-24 | Nov-24 | Dec-24 | Jan-25 | Feb-25 | Mar-25 | Apr-25 | May-25 | Jun-25 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1.1 – Cadastramento de usuários em fila de espera e estratificação de necessidades de atendimento especializado para o TEA | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 – Realizar a identificação da capacidade instalada e de resposta da Rede de Saúde de Ipojuca para atendimento a pessoas com TEA e suas famílias | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 – Implementar uma linha de cuidado especifica para o TEA e suas famílias na Rede de Atenção à Saúde do município | | | | | | | | | | | | |
| 2.2 – Implantação de um novo serviço municipal de saúde para atendimento de pessoas com TEA e suas famílias | | | | | | | | | | | | |
| 2.3 – Reorganização do Centro Especializado em Reabilitação (CER) Eduardo José Costa para ampliação da capacidade assistencial para o cuidado a pessoas com TEA e suas famílias | | | | | | | | | | | | |
| 2.4 - Reorganização da Atenção Primária em Saúde (APS) para ampliação da capacidade assistencial para o cuidado a pessoas com TEA e suas famílias | | | | | | | | | | | | |
| 2.5 - Estruturação de ações intersetoriais com Educação e Assistência Social | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 - Implementar um sistema de gestão, avaliação e monitoramento para acompanhar o progresso e os resultados do projeto | | | | | | | | | | | | |





Eixo 1 - Diagnóstico de perfil da demanda existente, demanda reprimida e da rede de atenção do município

| AÇÕES | ATIVIDADES | STATUS | RESULTADOS |
|--|---|-----------|--|
| | Elaborar metodologia e instrumento para coleta de dados | REALIZADO | Metodologia para coleta de dados desenvolvida com construção do instrumento de coleta. |
| | Validar o instrumento de coleta de dados com equipe da SMS | REALIZADO | Instrumento de coleta validado na reunião de monitoramento do projeto com comissão da SMS |
| | Identificar equipe de coleta de dados | REALIZADO | Identificação e contratação de 01 agente de cadastramento |
| 1.1: Cadastrar usuários em atendimento e em fila de espera e estratificação de necessidades de atendimento | Treinar equipe de coleta | REALIZADO | Reunião com agente de cadastramento e equipe de consultoria para treinamento de aplicação doformulário de coleta |
| especializadopara o TEA. | Aplicar o instrumento de coleta | REALIZADO | Iniciou-se em 30/07/2024 sendo finalizado em 24/09/2024, realizados 1036 cadastros de pessoas com TEA (diagnóstico confirmado e suspeita). |
| | Analisar as informações coletadas | REALIZADO | Análise iniciada em 12/08/2024 com produções de informações para o documento técnico do perfil diagnóstico |
| | Produzir 01 documento técnico com perfil das pessoas em atendimento e que estão na fila de espera para atendimento noCER, com estratificação das necessidades de atendimento especializado (META 01). | REALIZADO | Documento técnico produzido com perfil das pessoas em atendimento e que estão na fila de espera para atendimento no CER, com estratificação das necessidades de atendimento especializado. (META 01) |
| 1.2: Realizar a identificação da capacidade instalada e de resposta da Rede de Saúde de | 19 Visita técnica aos serviços de saúde com atendimento ao TEA | REALIZADO | Realizada a 1R visita técnica aos serviços de saúde com atendimento ao TEA nos dias 22 e 23/07/24 |
| Ipojuca para atendimento | Elaborar instrumento de coleta de dados da capacidade instalada da rede de atenção | REALIZADO | Metodologia para coleta de dados desenvolvida com construção do instrumento de coleta |





| a pessoas com TEA e suas famílias. | Coletar dados sobre a infraestrutura física, equipamentosdisponíveis e recursos humanos nas unidades de saúde. | REALIZADO | Coleta de dados realizada em 7 serviços de saúde: CER, Centro de Saúde Infantil, Policlínica de Severina Teles, Policlínica de Camela, Policlínica Maria das Graças,Policlínica de Porto de Galinhas, Policlínica de Serrambi. |
|------------------------------------|--|-----------|--|
| | Analisar a capacidade de resposta atual da rede em termos dedemanda e eficiência. | REALIZADO | Análise iniciada em 01/08/2024 com produções de informações para o documento técnico sobre a capacidade instalada e resposta da rede de saúde para atendimento às pessoas com TEA e suas famílias |
| | Identificar lacunas e áreas que necessitam de fortalecimento para melhor atender às necessidades das crianças com TEA e suas famílias. | REALIZADO | Início da identificação de lacunas e áreas que necessitam de fortalecimento para melhoratender às necessidades das crianças com TEA e suas famílias. Essas informações irão compor o documento técnico sobre a capacidade instalada e resposta da rede de saúde. |
| | Elaborar 01 documento técnico sobre a capacidade instalada e resposta da rede de saúde para atendimento às pessoas com TEA esuas famílias; (META 02) | REALIZADO | Documento técnico produzido sobre acapacidade instalada e resposta da rede de saúde para atendimento às pessoas com TEA e suas famílias. (META 02) |





Eixo 2 - Estruturação da Linha de cuidado para atenção às pessoas com TEA e suas famílias.

| AÇÕES | ATIVIDADES | STATUS | RESULTADOS |
|--|---|-----------|--|
| | Apontar dimensionamento de força de trabalho existente e necessidadede contratação para implantar a linha de cuidado a fim de atender a demanda existente no município. | REALIZADO | A identificação de lacunas e áreas que necessitam de fortalecimento para melhor atender às necessidades das crianças com TEA e suas famílias compõe o documento técnico sobre a capacidade instalada e resposta da rede de saúde. |
| 2.1: Elaborar e implementar a Linha de cuidado para atençãoàs pessoas com TEA e suas famílias com base nos resultados obtidos a partir do Eixo 1 - Mapeamento de necessidades de saúde e da rede assistencial. | Apontar dimensionamento de estrutura física necessária para atender ademanda existente no município para ampliação da capacidade de resposta da rede (desde construção/ implementação de novos serviços,ampliação de serviços existentes, reorganização da atenção na rede de saúde e estabelecimento de parcerias intersetoriais). | REALIZADO | O dimensionamento da estrutura física necessária teve início com a análise da demanda já atendida eda fila de espera por atendimento, em conjunto com o mapeamento da rede de atenção existente. Esses levantamentos começaram durante a visita técnica realizada nos dias 22 e 23 de julho, 21 e 22de agosto e 12 de setembro. Esse dimensionamento está dentro do relatório de capacidade instalada. |
| | Estabelecer e implementar protocolos clínicos e fluxos assistenciaispara atendimento de pessoas com TEA. | REALIZADO | Durante as visitas técnicas, estão sendo mapeadosos fluxos assistenciais já implementados nos serviços de saúde. A partir da análise desses fluxos, serão identificadas as lacunas existentes, que servirão como base para a elaboração de novos protocolos clínicos e fluxos assistenciais. |
| | Elaborar 01 documento técnico com proposta de linha do cuidado às pessoas (META 03) | REALIZADO | Todos os levantamentos e análises realizados compõem o corpo do documento técnico que apresentará a proposta da linha de cuidado. (META 03) |





| | 29 Visita técnica ao município para apresentação do diagnósticoparcial e da proposta de reorganização da Linha de Cuidado ao TEA (21 e 22/08/24) | REALIZADO | A segunda visita técnica do projeto foi realizada nosdias 21 e 22 de agosto de 2024. Durante essasdatas, estão sendo desenvolvidas atividades de avaliação e análise do andamento do projeto. A apresentação do diagnóstico preliminar à Comissão de Monitoramento foi realizada dia 22/08, no turno da manhã, com o objetivo de alinharestratégias e aprimorar o desenvolvimento das próximas etapas do projeto. |
|--|---|--------------|---|
| 2.2: Implantação de um novo serviço municipal de saúde para | Iniciar o planejamento e organização do processo seletivo dosprofissionais | REALIZADO | Iniciou-se a elaboração do edital do processo seletivo, com base no documento que define o perfil de competências e as atribuições dos profissionais. |
| | Produzir perfil de competências e atribuições profissionais parasubsidiar o edital | REALIZADO | Foi elaborado um documento técnico para subsidiar o edital do processo seletivo dos profissionais, contendo a relação de cargos e número de vagas, os requisitos para cada cargo e as respectivas atribuições. |
| atendimento de pessoas com TEA e suas famílias | Construção do edital de seleção para os profissionais | REALIZADO | Edital construído |
| | Publicação de edital para Seleção de profissionais com experiênciaespecífica no manejo do TEA | REALIZADO | Edital publicado no dia 09 de setembro de 2024 no portal da transparência da Associação Filhos de Ipojuca. |
| | Contratação dos profissionais selecionados | Não iniciado | |
| | Acolhimento pedagógico dos profissionais | Não iniciado | |
| | Qualificação dos profissionais da equipe | Não iniciado | |
| | Organização de processo de trabalho, fluxos e protocolos internos | Não iniciado | |
| | Aquisição de equipamentos e materiais | Não iniciado | |
| | Mapeamento de possíveis locais para o novo serviço | REALIZADO | Foram realizadas visitas em diferentes tipos de imóveis, desde residências, galpões, salas |





| | Locação de imóvel para o novo serviço | REALIZADO | comerciais nos meses de julho, agosto e setembro, até que fosse identificado o local paraatender a demanda do serviço. O contrato de locação do imóvel foi firmado naúltima semana de setembro, com locação de 06 salas comerciais no distrito de Nossa Senhora do Ó. Foi desenvolvido um projeto técnico para adequação do serviço à estrutura de salas comerciais para dar sequenciamento com o projeto arquitetônico e de adequação estrutural. |
|---|---|--------------|---|
| | Adequação física estrutural do imóvel para o novo serviço | Não iniciado | |
| | Criação de identidade visual do serviço | REALIZADO | Foi elaborado um manual de uso da marca, incluindo a identidade visual do novo serviço, com diretrizes sobre o logotipo, paleta de cores, elementos visuais, além dos significados atribuídosaos nomes e cores utilizados. |
| | Início das atividades do novo serviço | Não iniciado | |
| | Implementação de novos serviços especializados | Não iniciado | |
| 2.3: Reorganização do Centro Especializado em Reabilitação (CER) para ampliação da capacidade assistencial para o cuidado a pessoas com TEA e suas famílias | Propor ajustes nos fluxos de acolhimento, triagem e assistência do CER para otimizar o atendimento e ampliar a capacidade da rede de saúde àspessoas com TEA e suas famílias. | Em andamento | Durante as visitas técnicas, estão sendo mapeados os fluxos assistenciais já implementados nos serviços de saúde, incluindo o CER. A partir da análise desses fluxos, serão identificadas as lacunas existentes, que servirão como base para a elaboração de novos protocolos clínicos e fluxos assistenciais, que otimizam o atendimento do serviço. |
| | Implementação de protocolos terapêuticos para atendimento no TEA e de matriciamento com as Equipes de APS | Não iniciado | |
| | Expandir a capacidade de atendimento do Centro Especializado em Reabilitação (CER) Tipo II para reduzir a lista de espera. | Não iniciado | |





| | Reuniões com as famílias sobre as mudanças no atendimento do CER e transição para novo processo de trabalho, de forma humanizada. | Não iniciado | |
|--|---|--------------|--|
| | Implementação de protocolos terapêuticos para atendimento das pessoas com TEA e suas famílias; | Não iniciado | |
| | Implantação de fluxo assistencial com equipe terapêutica do CER II, CSIe CAPS; | Não iniciado | |
| 2.4: Reorganização da Atenção Primária em Saúde (APS) para ampliação da capacidade assistencial para o cuidado a pessoas com TEA e suas famílias. | Implantação de agenda de matriciamento da APS com equipeterapêutica do CER II, CSI e CAPS | Não iniciado | |
| | Estabelecer grupos de apoio com encontros regulares para troca de experiências e orientações práticas. | Não iniciado | |
| | Promover campanhas educativas sobre TEA e estratégias de manejofamiliar, na comunidade e escolas (PSE). | Em andamento | A primeira ação intersetorial foi realizada em parceria com o Projeto Cuida+ na EMEI Professora Antonia Renice da Silva no dia 23/09/2024. |
| | Oferecer qualificação para pais sobre recursos e estratégias de cuidadono TEA para melhorar a qualidade de vida das famílias. | Em andamento | A primeira qualificação foi realizada no dia 26/09/2024 e consistiu em uma roda de conversa "Família e TEA: A Importância da Participação Ativa dos Cuidadores no Tratamento". |
| | Realizar reuniões de preparação da comunidade para a implementaçãodas ações nas ESF e escolas do território. | Não iniciado | |
| 2.5: Estruturação de ações intersetoriais com Educação e Assistência Social | Estabelecer protocolos de cooperação entre as secretarias para identificar e atender famílias em situação de vulnerabilidade (Emissão delaudo, acesso a benefícios sociais, inclusão na escola com adaptação) | Não iniciado | |
| | Desenvolver programas educativos e de inclusão social adaptados às necessidades das crianças com TEA nas creches, escolas e outrosaparelhos sociais. | Não iniciado | |





| Promover campanhas de conscientização e qualificação para profissionais das três áreas, incentivando a colaboração interdisciplinar. | Não iniciado | |
|--|--------------|--|
| Elaborar atos normativos das três secretarias estabelecendo os protocolos; | Não iniciado | |
| Treinamento das equipes das três secretarias | Não iniciado | |
| Divulgação com a comunidade. | Não iniciado | |

Eixo 3 - Gestão do Projeto

| AÇÕES | ATIVIDADES | STATUS | RESULTADOS |
|---|---|--------------|---|
| Ação 3.1: Implementar um sistema de gestão, avaliação e monitoramento para acompanhar o progresso e os resultados do projeto. | Identificar e contratar um coordenador local para o projeto | REALIZADO | O coordenador, já identificado e contratado, atualmente reside em Ipojuca einiciou suas atividades no dia 12/08. |
| | Estabelecer cronograma de pontos de controle, coletar dados regularmente e analisar o impacto das intervenções implementadas. | REALIZADO | Os pontos de controle estão ocorrendo semanalmente às segundas-feiras nohorário da 18h |
| | Realizar reuniões de planejamento, monitoramento e avaliação doprojeto com equipe técnica e consultores. | Em andamento | Realizada 01 reunião semanal de monitoramento e ponto de controle para desempenho das ações do projeto. Datasdas reuniões realizadas |
| | Compartilhar resultados por meio de relatórios com todas as partes interessadas e adaptar o plano de ação conforme necessário para maximizar os resultados positivos. | Em andamento | Produção do 1º relatório mensal de atividades do projeto (10 de julho a 20 de agosto) e do 2º relatório mensal para a comissão de monitoramento (20 de agostoa 26 de setembro). |





I. REGISTRO DAS ATIVIDADES

Reuniões semanais de monitoramento.

18/07/2024



05/08/2024



12/08/2024







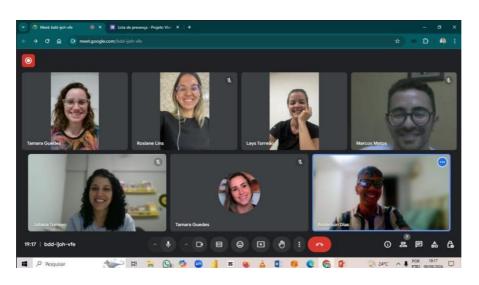
19/08/2024



02/09/2024



09/09/2024







16/09/2024



23/09/2024







Reunião da comissão de acompanhamento do projeto - 22/07/2024



Reunião da comissão de acompanhamento do projeto - 22/08/2024







Visitas técnicas aos serviços de saúde

Visitas 22/07

Centro Especializado em Reabilitação Eduardo José Costa















Visitas 23/07/2024

Centro especializado em Saúde Infantil



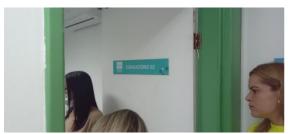






Policlínica Severina Teles







Prédio para o novo CER



Policlínica de Camela







Visita 21/08

Policlínica de Porto de Galinhas









Policlínica de Serrambi









Policlínica Maria das Graças









CAPS II Gregório Bernardo



Visita ao imóvel residencial 22/08/2024







Visita ao imóvel comercial 12/09/2024











Cadastramento de usuários com TEA - coleta de dados em prontuários











Trello de acompanhamento das atividades e produções do projeto

 $\frac{\text{https://trello.com/invite/b/66bb3ff9d7ed10cd065f7c41/ATTl22f6f87060d126ce7439e59cc1036587E6ED6}{\text{OEC/viver-tea-ipojuca}}$



Identidade Visual novo serviço - Centro Integral de Desenvolvimento do Autista.















Ação Intersetorial na escola junto ao projeto Cuida + (23/09/2024)



1ª Ação com pais e cuidadores de pessoas com TEA - 26/09/2024









I. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto "Viver TEA Ipojuca" iniciou suas atividades em 10 de julho de 2024 sendo iniciadas as ações relativas ao diagnóstico dos usuários com TEA, ações de cadastramento dos prontuários desses usuários em atendimento e fila de espera. Alémdisso, as ações envolveram visita técnica aos serviços de saúde que compõem a rede de saúde para atendimento especializado, com avaliação da capacidade instalada para atendimento de pessoas com autismo. Além disso, foram iniciadas as atividades de gestãodo projeto com identificação de um coordenador local para o serviço e a construção de umdocumento técnico para o perfil de competências profissionais e atribuições para subsidiar o edital de seleção dos profissionais.

Também foi construída a identidade visual do novo serviço para atendimento de pessoas com TEA: Centro Integral de Desenvolvimento do Autista (CIDA) e realizado o mapeamento de possíveis imóveis para locação e estruturação do serviço de saúde.

Dentre as ações com a comunidade, foi realizado uma roda de conversa com os pais depessoas com TEA a ser realizada no dia 26/09/24 na programação da Semana de atividades da Pessoa com Deficiência do município de Ipojuca.

Cabe destacar que este é um relatório parcial, referente a julho-agosto-setembro de atividades do projeto, para subsidiar o processo de acompanhamento e monitoramento junto à gestão da secretaria municipal de Ipojuca.

Os documentos técnicos referentes ao cumprimento das META 01 (Diagnóstico de demanda assistencial para TEA), META 02 (Documento Técnico de análise de CapacidadeInstalada de Resposta da Rede Assistencial), META 03 (Documento com proposta de Linhade Cuidado) estão compondo as entregas do projeto, seguindo como documentos complementares ao relatório.

Anderson Sales Dias

Consultor em Gestão e Planejamento Tâmara A. L. Guedes

Consultora especialista em





RELATÓRIO DE NOTÍCIAS E MATÉRIAS PROJETO VIVER TEA



https://filhosdoipojuca.org/noticia/conheca-o-projeto-viver-tea-ipojuca/
https://redevhida.org.br/noticia/processo-seletivo-projeto-viver-tea-ipojuca/





PRESTAÇÃO DE CONTAS DO PROJETO TEA ELABORADA PELA EMPRESA:

SUCESSO SOLUÇÕES CNPJ Nº 51.707.323/0001-50