



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO**  
"Palácio Urbano Rodrigues Fontes"

|  |   |  |
|--|---|--|
| EXPEDIENTE: _____/_____/2025                                 |   |  |
| DECISÃO PLENÁRIA   |   |  |
| VOTAÇÃO: Único: _____/_____/2025                             | <input type="checkbox"/> APROVADO                               |  |
| VOTAÇÃO: Primeiro Turno: _____/_____/2025                    | <input type="checkbox"/> APROVADO                               |  |
| VOTAÇÃO: Segundo Turno: _____/_____/2025                     | <input type="checkbox"/> APROVADO                               |  |
| <input type="checkbox"/> PEDIDO DE VISTA<br>_____/_____/2025 | <input type="checkbox"/> PEDIDO DE RETIRADA<br>_____/_____/2025 | <input type="checkbox"/> REPROVADO<br>_____/_____/2025 |
| Visto do Secretário: _____                                   |   |  |

**Observação: REGIMENTO INTERNO**

Artigo 184 - Considera-se autor da proposição seu primeiro signatário.

§1º - As assinaturas que se seguirem a do autor serão consideradas de apoioimento.

§2º - As assinaturas de apoioimento à proposição não poderão ser retiradas após sua entrega à Mesa. **(para melhor entendimento, após o protocolo, pois a proposição é cadastrada e disponibilizada automaticamente em nosso sistema).**

§3º - O autor deverá justificar a proposição, por escrito **(caso venha retirar a sua assinatura).**



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO**  
"Palácio Urbano Rodrigues Fontes"

CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO  
PROTOCOLO GERAL 91/2025  
Data: 10/02/2025 - Horário: 12:39  
Legislativo

Indicação nº 28 / 2025

Nos termos do Regimento Interno, conjugado com a Lei Orgânica do Município de Diamantino e ouvido Soberano Plenário, indico ao Poder Executivo a realização de convênio entre a Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Cidadania e a Associação da Família com Transtorno no Espectro Autista de Diamantino (TEA), para atendimento às crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), TDAH e transtornos neuropsicológicos em geral.

**JUSTIFICATIVA**

Como agente político e fiscalizador, nos princípios legais do devido processo aos interesses dos munícipes, justifico que a proposta para realização de convênio entre a Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Cidadania e a Associação da Família com Transtorno no Espectro Autista de Diamantino (TEA), com o objetivo de ampliar, melhorar e desenvolver o atendimento às crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e outros transtornos neuropsicológicos em geral, abrangendo uma média de 60 crianças que necessitam de acompanhamento especializado contínuo.

Ressalta-se que alguns pacientes atendidos provém de famílias de baixa renda, que, devido a limitações financeiras, não têm condições de acessar os serviços especializados necessários para o tratamento e desenvolvimento adequado dos seus filhos. O convênio, portanto, visa suprir essa lacuna e oferecer, de maneira gratuita, o suporte necessário, incluindo terapias e intervenções especializadas em diversas áreas. O acompanhamento especializado e contínuo é essencial para garantir o desenvolvimento dessas crianças, principalmente em um contexto de vulnerabilidade social, permitindo que tenham acesso ao atendimento adequado, sem que isso represente um ônus para as famílias.

O valor estipulado para a realização deste convênio é de R\$ 30.000,00, que será destinado ao custeio das atividades e serviços necessários para o acompanhamento e intervenção contínuos das crianças com TEA. O plano de trabalho, que detalha as ações a serem realizadas, os objetivos e as metas a serem alcançadas, segue em anexo, garantindo transparência e clareza na execução do convênio. Esse convênio se configura como uma medida estratégica para assegurar que todas as crianças, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso ao cuidado especializado que necessitam, garantindo um suporte contínuo e eficaz no processo de desenvolvimento e inserção social.

**Plenário Ver. Juvenal B. Soares, 06 de Fevereiro de 2025**

**Michele Cristina Carrasco Mauriz**  
**Vereadora - União Brasil**



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO**  
“Palácio Urbano Rodrigues Fontes”

**Alex Rupolo**  
**Vereador - PL**

**Gonçalina da Costa Souza**  
**Vereadora - PSD**

  
**Ranielli Patrick Arruda Lima**  
**Vereador - PL**

**Edson da Silva**  
**Vereador - PMDB**

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** DIOCELIO ANTUNES PRUCIANO  
Data: 06/02/2025 14:10:22-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Diocélio Antunes Pruciano**  
**Vereador - União Brasil**

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** ERALDES CATARINO DE CAMPOS  
Data: 06/02/2025 13:22:24-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Eraldes Catarino de Campos**  
**Vereador - PSD**



# ESTADO DE MATO GROSSO

CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO

“Palácio Urbano Rodrigues Fontes”

## ASSOCIAÇÃO DA FAMÍLIA DO ESPECTRO AUTISTA - A. FAMÍLIA TEA DIAMANTINO-MT

### PLANO DE TRABALHO

|  |   |
|--|---|
| <b>NOME DO PROJETO:</b><br><br><b>PROJETO FLORESCE</b> | <b>PERÍODO EXECUÇÃO:</b><br><br>DEZEMBRO DE 2022 A DEZEMBRO DE 2022 |
|--|---|

### 1- DADOS CADASTRAIS

|   |                              |                                |                                     |
|---|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Organização da Sociedade Civil: <b>ASSOCIAÇÃO FAMÍLIA DO ESPECTRO AUTISTA</b> |                              | CNPJ: 46865165/0001-27         |                                     |
| Endereço: Joaquim P. da Silva Junior, nº 542, Buriti                          |                              | CEP: 78400-000                 |                                     |
| Cidade:<br>DIAMANTINO   | Estado: MATO GROSSO          | DDD/Telefone: (66)             | FAX                                 |
| Conta Corrente:<br>37334-6  | Banco:<br>SICOOB             | Agência:<br>4425-3             | E-mail:<br>a.familiatea@outlook.com |
| Nome do Representante Legal da Entidade                                       | Lauren Izabel Medeiros Couto | CPF: 84247649191               |                                     |
| RG / Órgão:<br>1131183-5 SSP/MT   | Cargo:<br>PRESIDENTE         | E-mail: lauimcouto@hotmail.com |                                     |
| Endereço: Rua das Iponéias, nº 45, Novo Diamantino, Diamantino-MT             |                              | CEP: 78400-000                 |                                     |

### 2- OUTROS PARTÍCIPES

|                                   |               |         |
|-----------------------------------|---------------|---------|
| Nome: <b>NÃO</b>                  | CNPJ:         |         |
| Endereço:                         | DDD/Telefone: |         |
| Nome do Responsável pelo Projeto: | CPF:          |         |
| RG / Órgão:                       | Cargo:        | E-mail: |

### 3- DESCRIÇÃO DO OBJETO

#### OBJETO DA PARCERIA

O presente Termo de Fomento, decorrente de recursos oriundos de Câmara Municipal de Vereadores de Diamantino, que tem por finalidade o repasse de recurso financeiro no valor



# ESTADO DE MATO GROSSO

CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO

“Palácio Urbano Rodrigues Fontes”

de R\$100.000,00 (Cem Mil Reais) com objetivo de contribuir com o desenvolvimento das ações da instituição “A.FAMILIA TEA ” - Associação Da Família do Espectro Autista e Projeto Florescer”.

## DESCRIÇÃO:

“A. FAMILIA TEA ” Associação Da Família do Espectro Autista desenvolve ações de atendimento as pessoas autistas em situação de vulnerabilidade.

Atualmente a Associação atende 14 crianças autistas carentes com terapias interdisciplinares. Tendo em sua demanda atual 48 crianças com pretensão de ampliação dos atendimentos.

“Projeto Florescer desenvolve atividades psicomotoras em circuito, ações esportivas para inclusão, realizando um trabalho multiprofissional integrado e intensivo e a realização de atividades que envolvam as famílias e os pacientes.

## DESCRIÇÃO DAS METAS E INDICADORES:

### Meta 1-

- “Espaço de integração Sensorial”, atender até 20 crianças autistas carentes de 2 a 14 anos, no intuito de desenvolver as funções sociais, intelectuais, fala, linguagem e motoras, trabalhando as atividades básicas diárias promovendo a autonomia da criança, tendo em vista a dificuldade que as crianças autistas possuem nas habilidades diárias, tais como: se comunicar, tomar banho, escovar os dentes, alimentar-se sozinha, vestir-se, amarrar os sapatos, etc...
- Disponibilizar mensalmente terapias para 20 crianças autistas carentes, com atendimentos nas áreas de fisioterapia, profissional de educação física, fonoaudióloga.
- Elaboração de projetos sociais visando a captação de recursos humanos e financeiros, ampliar a instituição e seus atendimentos, tendo como meta atender até 48 associados.
- Disponibilizar sala multifuncional com apoio psicopedagógico no contra turno escolar para até 20 crianças autistas carentes, dentro da faixa etária de 6 a 14 anos.

### Meta 2-

- Garantir as despesas da Associação garantindo o espaço físico para atendimento, e a regularidade fiscal da instituição através dos serviços contábeis.
- Manter os controles administrativos e contábeis da Instituição;

## FORMA DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES:

- O “Espaço de integração Sensorial”, irá ser realizado através do trabalho interdisciplinar dos profissionais de fisioterapeuta, psicologia, fonoaudiologia, educadora física e terapeuta ocupacional, as quais atuaram com materiais que auxiliam no processo de aquisição de habilidades sociais, sensoriais, fala, linguagem, cognitivas motoras e cognitivas. Que serão trabalhadas para promover a autonomia da criança, tendo em vista a dificuldade que as crianças autistas possuem nas habilidades diárias.
- Serão desenvolvidos atendimentos individuais e em grupos nas áreas multiprofissionais.



# ESTADO DE MATO GROSSO

CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO

“Palácio Urbano Rodrigues Fontes”

- Projeto Florescer, irá realizar programas de exercícios físicos; circuito psicomotor; atividades lúdicas; atividades físicas e esportivas.

A comprovação das atividades se dará através de notas fiscais; relatórios, registro das atividades, listas de presenças.

Esse termo de fomento é de suma importância para dar continuidade aos trabalhos iniciados por esta associação.

Para a comprovação dos trabalhos desenvolvidos, a associação apresentará documento comprobatório referente as atividades desenvolvidas.

## 4. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO FÍSICO

| Descrição da Meta:<br>Auxiliar a A. Família TEA – Associação Família do Espectro Autista.   | INDICADOR |                      | PERIODO EXECUÇÃO     |                   |
|---|-----------|----------------------|----------------------|-------------------|
|   | Unidade   | Quantidade           | Início<br>01-12-2022 | Fim<br>31-12-2022 |
| <b>META 1- PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS</b>   |           |                      |                      |                   |
| <b>Fisioterapeuta</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Espaço de integração Sensorial”, irá ser realizado através do trabalho interdisciplinar de uma fisioterapeuta, a qual atuará com materiais que auxiliam no processo de aquisição de habilidades motoras e cognitivas.</li><li>● Serão desenvolvidos atendimentos individuais e em grupos nas áreas de fisioterapia.</li></ul> | 1         | 10 horas<br>Semanais | Dezembro/2022        | Dezembro\2022     |
| <b>Fonoaudiólogo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Repassar aos pais ferramentas e materiais da área de fonoaudiologia, para que as famílias possam auxiliar em casa os filhos autistas no processo de desenvolvimento da fala e da comunicação verbal e não verbal</li></ul>   | 1         | 10<br>semanais       | Dezembro/2022        | Dezembro\2022     |
| <b>Educador Físico:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Realizará atividades de psicomotricidade a qual atuará com</li></ul>  | 1         |                      |                      | Dezembro\2022     |



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO**  
"Palácio Urbano Rodrigues Fontes"

|   |   |                   |               |               |
|---|---|-------------------|---------------|---------------|
| materialis que auxiliam no processo de aquisição de habilidades motoras, cognitivas e sensoriais.   |   | 10 horas semanais | Dezembro\2022 |               |
| <b>META 2 - DESPESAS GERAIS:</b>  |   |                   |               |               |
| <b>Consumo de energia elétrica</b><br>Ação: Manter as despesas do espaço garantindo climatização para o atendimento do espaço físico para atendimento das crianças autistas carentes. Prédio público. | 1 | 1 MESES           | Dezembro\2022 | Dezembro\2022 |
| <b>Consumo de Internet</b><br>Ação: Comunicação, aplicabilidade nas atividades.   | 1 | 1 MESES           | Dezembro\2022 | Dezembro\2022 |

**5. PREVISÃO RECEITA E DESPESAS**

| TOTAL DA PARCERIA | TOTAL PARCERIA | QUADRIMESTRAL |
|-------------------|----------------|---------------|
| RECEITA           | 100.000,00     | 100.000,00    |
| DESPESA           | 100.000,00     | 100.000,00    |



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO**  
“Palácio Urbano Rodrigues Fontes”

**7. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

|                   | <b>META 1</b>    | <b>META 2</b>    | <b>META 3</b>    | <b>TOTAL</b>      |
|-------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| <b>DEZEMBRO</b>   | 36.000,00        | 20.000,00        | 44.000,00        | 100.000,00        |
| <b>SOMA TOTAL</b> | <b>36.000,00</b> | <b>20.000,00</b> | <b>44.000,00</b> | <b>100.000,00</b> |

**8 – DOS PRAZOS**

|   |  |
|---|--|
| O prazo de vigência da parceria será de: 03 MESES   |  |
| As contas serão prestadas em:   |  |
| <input type="checkbox"/> parcela única  | <input checked="" type="checkbox"/> parcelas parciais (de acordo com o cronograma de desembolso) |
| Parcela única: até 30 dias após o repasse.  |  |
| Parcelas parciais (de acordo com o cronograma de desembolso): até 30 dias após o repasse. |  |
| Prestação de contas final: até 30 dias após o repasse.                                    |  |

**9 – DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto a PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTINO-MT, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Municipal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, direta ou indireta, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do município, na forma deste plano de trabalho.

Pede deferimento

\_\_\_\_\_  
Diamantino 11 de novembro de 2022

\_\_\_\_\_  
LAUREN IZABEL MEDEIROS COUTO  
Presidente da A. FAMILIA TEA

**10 – APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE**

Aprovado  sim  não

Diamantino – MT \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
concedente



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO**  
"Palácio Urbano Rodrigues Fontes"

| <b>MET<br/>A 3</b> | DESCRIÇÃO DO<br>ITEM/<br>ESPECIFICAÇÃO | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR<br>UNITARIO | VALOR<br>TOTAL   |
|--------------------|--|---------|------------|-------------------|------------------|
| 3.1                | Material<br>terapêutico                | -----   | -----      | 14.000,00         | 14.000,00        |
| 3.2                | Material<br>Permanente                 | -----   | -----      | 30.000,00         | 30.000,00        |
|                    | <b>TOTAL META 3</b>                    |         |            | <b>44.000,00</b>  | <b>44.000,00</b> |



**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**CÂMARA MUNICIPAL DE DIAMANTINO**  
"Palácio Urbano Rodrigues Fontes"

**6. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS**

| <b>MET A 1</b> | DESCRIÇÃO DO ITEM/ESPECIFICAÇÃO | UNIDADE           | QUANTIDADE   | VALOR UNITARIO   | VALOR TOTAL      |
|----------------|---------------------------------|-------------------|--------------|------------------|------------------|
| <b>ETAP A</b>  |                                 |                   |              |                  |                  |
| 1.1            |                                 |                   |              |                  |                  |
| 1.2            | Fisioterapeuta 10 horas         | 01 pessoa         | 1 Mês        | 4.000,00         | 12.000,00        |
| 1.3            | Fonoaudióloga 10 horas          | 01 pessoa         | 1 Mês        | 4.000,00         | 12.000,00        |
| 1.3            | Educador físico 10 horas        | 01 pessoa         | 1 Mês        | 4.000,00         | 12.000,00        |
|                | <b>TOTAL META 1</b>             | <b>03 PESSOAS</b> | <b>1 Mês</b> | <b>12.000,00</b> | <b>36.000,00</b> |
| <b>MET A 2</b> |                                 |                   |              |                  |                  |
|                |                                 |                   |              |                  |                  |
| 2.1            | Sala sensorial                  | 1                 | 20.000,00    | 20.000,00        | 30.000,00        |
|                | <b>TOTAL META 2</b>             |                   |              | <b>20.000,00</b> | <b>20.000,00</b> |