

ENTIDADE:

CONTABILIZADO

**APAE -
EQUOTERAPIA**

LANÇADO

PARCERIA:

FMDCA TC N° 006/2018

1ª PARCELA

PRESTAÇÃO DE CONTAS

DATA: 15/03/2018



PARECER TÉCNICO DE ANÁLISE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS
TERMO DE PARCERIA FMDCA Nº 006/2018

Recebemos nesta Secretaria, na data de **15 de março de 2018**, documentação a título de prestação de contas da entidade supracitada, referente a **1ª Parcela**, no valor de **RS 8.600,00 (oito mil e seiscentos reais)**, dando origem ao Processo **010/2018**, referente ao termo de parceria abaixo descrito, que após verificação documental, constatamos a seguinte situação:

| | |
|--|----------------------|
| UNIDADE CONCEDENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ | |
| COMPLEMENTO: FUNDO MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – FMDCA | EMPENHO Nº 007/2018 |
| ORDENADOR DA DESPESA: LUIZ MARASCHIN | |
| ENTIDADE BENEFICIADA: APAE DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ – SC | FONE: 3363-5106 |
| DEREÇO: RUA 1926, Nº 1260, BAIRRO CENTRO – BALNEÁRIO CAMBORIÚ – SC | CEP: 88330-478 |
| CNPJ: 76.698.380/0001-41 | VIGÊNCIA: 31/12/2018 |
| | INÍCIO 28/02/2018 |
| | TÉRMINO 31/12/2018 |
| E-MAIL: diretoria@apaebalneariocamboriu.org.br | |
| RESPONSÁVEL: ISABELA SAVA BUENO | CPF: [REDACTED]-49 |
| GESTORA DA PARCERIA: ELIANE AP. FERRAZ DOS SANTOS DE AQUINO | CPF: [REDACTED]-15 |

| |
|---|
| ANÁLISE CONCLUSIVA |
| 1. A Entidade aplicou os recursos conforme estabelecido no Termo de Parceria e respectivo plano de trabalho, estritamente no objeto acordado. |
| 2. Os comprovantes de despesas efetuadas e também os comprovantes de movimentação bancárias, observando-se a vinculação desses, deu-se única e exclusivamente com as movimentações da Parceria. |
| 3. A conciliação entre débitos/créditos da conta bancária e os documentos de despesas permitem comprovar a movimentação específica dos recursos. |
| 4. Todas as despesas estão respaldadas pelos comprovantes apresentados e devidamente identificados com com a sua respectiva liquidação. |
| 5. A documentação comprobatória da realização das despesas está apresentada em via original e revestida das formalidades legais. |
| 6. Há existência de compatibilidade entre o que foi efetivamente realizado e as especificações ajustadas no plano de trabalho. |
| 7. Inexistência de pagamentos sem suporte contratual. |
| Considerações Finais: Foram examinados os documentos que deram origem aos elementos constantes deste processo de prestação de contas em referência da APAE DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ – SC e seus agentes. O exame foi e efetuado de acordo com as normas usuais e, conseqüentemente, inclui análise dos documentos de despesa, relatórios, movimentação financeira e periodicidade de aplicação de recursos. A documentação comprobatória está revestida das formalidades legais. Face a análise efetuada, <u>CERTIFICAMOS A REGULARIDADE</u> da presente prestação de contas. |



DECISÃO E HOMOLOGAÇÃO – ANÁLISE TÉCNICA

À vista do exposto, encaminho o presente expediente para deliberação e adoção dos procedimentos subsequentes.

Em, 10/04/2018


Eliane Ap. Ferraz dos Santos de Aquino
Gestora da Parceria
Matrícula 12.604/2004

De acordo,

Ao Sr. Secretário, para deliberação


Luiz Maraschin
Secretário/Gestor do Fundo
Portaria 23.689/2017



APAE
ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS
DOS EXCEPCIONAIS DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ
escola@apaebalneariocamboriu.org.br
diretoria@apaebalneariocamboriu.org.br
www.balneariocamboriu.apaebrasil.org.br
Fone: (47) 3367-0636 (47) 3363-5106
Rua: 1926, nº 1260 – Centro - Balneário Camboriú – SC - CEP: 88330-478

004

Ofício nº 17

Balneário Camboriú, 08 março de 2018.

Ilmo. Senhora

Eliane Aparecida Ferraz dos Santos de Aquino

Gestora do Fundo Municipal da Criança e do Adolescente

Prezada Senhora,

A APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Balneário Camboriú vem através deste encaminhar a prestação de contas do termo de fomento firmado com o FMDCA nº 006/2017 – Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e PMBC nº 007/2018, referente à 1ª parcela para o Programa de Equoterapia no valor de R\$8.600,00 (oito mil e seiscentos reais).

Seguindo as exigências da Lei Municipal nº 3365 de 11 de novembro de 2011, essa Prestação de Contas foi publicada no endereço www.balneariocamboriu.apaebrasil.org.br no dia 08 de março de 2018.

Sendo o que tínhamos para o momento, desde já agradecemos e estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Recebido 15/03/18
Por: _____
Assinatura: _____

Bueno
Isabela Sava Bueno
Presidente APAE/BC



APAE

**ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS
DOS EXCEPCIONAIS DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ**

escola@apaebalneariocamboriu.org.br

diretoria@apaebalneariocamboriu.org.br

www.balneariocamboriu.apaebrasil.org.br

Fone: (47) 3367-0636 (47) 3363-5106

Rua: 1926, nº 1260 – Centro - Balneário Camboriú – SC - CEP: 88330-478

005

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o valor de R\$8.600,00 relativo à parcela nº 1 do termo de fomento FMDCA nº 006/2018 e PMBC nº 007/2018, recebido no município de Balneário Camboriú, foi realmente aplicado, obedecidos os devidos fins a que se destinava, tendo sido escriturado nos registros contábeis da APAE, permanecendo à disposição dos órgãos de fiscalização e auditoria para os exames que se fizeram necessários.

Outrossim, declaro ainda que a documentação comprobatória da realização das despesas não foi utilizada em mais de um convênio/acordo/ajuste.

E, para que produza os devidos efeitos passamos a presente declaração aos 08 dias do mês de março de 2018.


Isabela Sava Bueno
Presidente APAE/BC



Consultas - Extrato de conta corrente

A33G011517615250022
01/03/2018 15:29:54

006

Cliente - Conta atual

Agência 1489-3
Conta corrente 51862-X ASSOCIACAO APAEFMDCAEQUOT
Período do extrato de 08 / 02 / 2018 até 01 / 03 / 2018

Lançamentos

| Dt. balancete | Dt. movimento | Ag. origem | Lote | Histórico | Documento | Valor R\$ | Saldo |
|---------------|---------------|------------|-------|--|---------------------|------------|------------|
| 19/12/2017 | | 0000 | 00000 | 000 Saldo Anterior | | | 0,00 C |
| 08/02/2018 | | 1489 | 99026 | 870 Transferência recebida | 661.489.000.190.140 | 8.600,00 C | |
| | | | | 08/02 1489 190140-0 PMBC FMDCA MOV | | | |
| 08/02/2018 | | 0000 | 13113 | 231 Tar Manuten Conta Ativa | 830.390.800.382.856 | 46,95 D | } oie |
| | | | | Tarifa pendente referente a 03/01/2018 | | | |
| 08/02/2018 | | 0000 | 13113 | 231 Tar Manuten Conta Ativa | 830.390.800.394.262 | 49,90 D | |
| | | | | Tarifa pendente referente a 02/02/2018 | | | |
| 08/02/2018 | | 0000 | 13113 | 310 Tar DOC/TED Eletrônico | 830.390.800.890.802 | 9,40 D | 8.493,75 C |
| | | | | Tarifa pendente referente a 19/12/2017 | | | |
| 01/03/2018 | | 1489 | 01489 | 870 Transferência recebida | 551.489.000.005.307 | 106,25 C | |
| | | | | 01/03 1489 5307-4 APAE BALN CAMB | | | |
| 01/03/2018 | | 1489 | 01489 | 393 TED Transf.Eletr.Disponiv | 30.101 | 8.600,00 D | |
| | | | | 033 3872 024921308000138 ALMA EQUOTERA | | | |
| 01/03/2018 | | 0000 | 00000 | 999 S A L D O | | | 0,00 C |

Transação efetuada com sucesso por: JB490679 EDLA APARECIDA SENS.

A33G011517615250014
01/03/2018 15:26:10

007

DOC ou TED Eletrônico**Debitado**

Agência 1489-3
Conta corrente 51862-X ASSOCIACAO APAEFMDCAEQUOT

Creditado

Banco 33 BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
Agência (sem DV) 3872 BALNEARIO CAMBORIU
Conta corrente (com DV) 130030180
CNPJ 24.921.308/0001-38
Nome favorecido ALMA EQUOTERAPIA, SHOWS E EVENTOS LTDA
Finalidade CREDITO EM CONTA CORRENTE
Número documento 30.101
Valor 8.600,00
Data transferência 01/03/2018
"C" - CPF/CNPJ diferente

Autenticação SISBB 272A5166612ECA17

Assinada por JB490678 ISABELA SAVA BUENO
JB490679 EDLA APARECIDA SENS

01/03/2018 15:22:14
01/03/2018 15:26:10

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB490679 EDLA APARECIDA SENS.

| | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--------------------------------|---------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMBORIÚ SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRONICA DE SERVIÇOS - NFe | Numero da Nota 44 | 008 | | |
| | | Emissão 01/03/2018 - 13:20 | | | |
| | | Cod. Verificador XCIZELW | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PRESTADOR DE SERVIÇOS | | | | |
| | CPF/CNPJ: 24.921.308/0001-38 | Inscr. Municipal: 175.687 | Inscr. Estadual: | | |
| | Razão Social: ALMA EQUOTERAPIA SHOWS E EVENTOS LTDA ME | 4796551573 | Telefone: - 4721036000 - | | |
| | Endereço: JOAO DA COSTA ,3051 - | | | | |
| | Município: CAMBORIU | UF: SC | E-mail: danibusato70@gmail.com | | |
| TOMADOR DE SERVIÇOS | | | | | |
| Nome/Razão Social: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BC | | | | | |
| CPF/CNPJ: 76.698.380/0001-41 | | | | | |
| Endereço: rua 1926 N°1260 cep 88330-478 | | | | | |
| Município: BALNEARIO CAMBORIU UF: SC | | | | | |
| E-mail: diretoria@apaebalneariocamboriu.org.br | | | | | |
| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | | | | | |
| Descricao Serviço | Valor | Base | Aliq. | Iss | |
| ATENDIMENTO EQUOTERAPIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES | 8.600,00 | 8.600,00 | 2,79 | 239,94 | |
| Total : | 8.600,00 | 8.600,00 | | 239,94 | |
| PIS/PASEP RS: 0,00 | COFINS RS: 0,00 | INSS RS: 0,00 | IR RS: 0,00 | CSLL RS: 0,00 | |
| Serviço Prestado (CNAE) | | | | | |
| 86.50-0/05-00 - ATIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL | | | | | |
| Codigo de Serviço | | | | | |
| 408 - Terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia | | | | | |
| Outras Informações | | | | | |
| Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional (Resolução CGSN nº 10/2007) | | | | | |

[Página Anterior](#)

CERTIFICO que o serviço constante
deste documento foi prestado e aceito

Em 01/03/18

Buelmo

= Assinatura =

NOME: Isabela Sava Buelmo

CARGO: Presidente



APAE
ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS
DOS EXCEPCIONAIS DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ
escola@apaebalneariocamboriu.org.br
diretoria@apaebalneariocamboriu.org.br
www.balneariocamboriu.apaebrasil.org.br
 Fone: (47) 3367-0636 (47) 3363-5106
 Rua: 1926, nº 1260 – Centro - Balneário Camboriú – SC - CEP: 88330-478

Parecer do Conselho Fiscal

O Conselho Fiscal da entidade APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Balneário Camboriú, CNPJ 76.698.380/0001-41, declara que o recurso recebido, no valor de R\$8.600,00 mediante o termo de colaboração FMDCA nº 006/2018 e PMBC nº 007/2018, foi aplicado nos fins para os quais foram concedidos e nas despesas relacionadas no Plano de Aplicação.

Certifica, por fim, que os pagamentos efetuados à conta do referido recurso foram destinados aos credores especificados nas notas fiscais e cheques que integram esta prestação de contas.

Em 07/03/2018

Tereza Cardozo

Presidente do Conselho Fiscal

Nome: Tereza Cardozo

CPF: [REDACTED] 1

[REDACTED]

Rosalva Knabben de Oliveira

Conselheira

Nome: Rosalva Knabben de Oliveira

CPF: 4 [REDACTED] 9

[REDACTED]

Cleusa Terezinha Brites Carvalho

Conselheira:

Nome: Cleusa Terezinha Brites Carvalho

CPF: [REDACTED] 6

[REDACTED]



RELATÓRIO DE ATIVIDADES – FEVEREIRO DE 2018

EQUOTERAPIA:

EQUOTERAPIA (TERAPIA COM CAVALOS) A CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE 2 E 17 ANOS E 11 MESES COM ATRASO DO DESENVOLVIMENTO GLOBAL OU COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL ASSOCIADA OU NÃO A OUTRAS DEFICIÊNCIAS

ENTIDADE: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

PERÍODO: 01/02/2018 a 28/02/2018

1. RESUMO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA INSTITUIÇÃO, DURANTE O PERÍODO, NO ÂMBITO DO PROJETO:

Foram atendidas 20 crianças e adolescentes no Serviço de Equoterapia no Espaço Garden, em Camboriú. Destes 17 são crianças e 03 adolescentes, que receberam atendimentos realizados, 12 faltas do usuário.

2. OBJETIVO GERAL DO PROJETO E OBJETO DO CONVÊNIO:

| | |
|--|---|
| OBJETIVO GERAL DO PROJETO | OBJETO DO CONVÊNIO: identificação do objeto |
| Prestar atendimentos em Equoterapia (terapia com cavalos) a crianças e adolescentes entre 2 a 17 anos e 11 meses com atraso do desenvolvimento global ou com deficiência intelectual associada ou não a outras deficiências. | Contratação de serviço terceirizado para a prática de Equoterapia para 20 crianças/adolescentes com atraso no desenvolvimento ou deficiência no valor de R\$ 430,00 cada sessão, totalizando R\$ 8.600,00/mês |

3. METAS/OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

| Meta/Objetivo específico 01: Prestar atendimento de Equoterapia a 20 crianças e adolescentes em risco ou vulnerabilidade social e/ou deficiência | | | | |
|--|------------------------------|---|-------------------------------|---|
| Etapa/Atividade prevista | Nº de atendimentos previstos | Nº de atendimentos realizados | Dados qualitativos alcançados | Dificuldades encontradas |
| Prestar 1 atendimento semanal, 80 mensais e 830 anuais de equoterapia; | 80 | 55 realizados e 5 atendimentos não realizados por falta do usuário; | | No mês de fevereiro a APAE iniciou suas atividades, e devido a algumas reorganizações as metas não foram cumpridas, embora previsto vale esclarecer que ao final do ano a proposta é que ter oferecido os atendimentos em sua totalidade. |



| | | | | |
|--|-------------|-----------------------------------|--|--|
| Seleção dos praticantes da equoterapia pela entidade beneficiada; | 20 vagas | 25 avaliações | | |
| Triagem dos selecionados pela equipe da Equoterapia; | 20 vagas | 25 triados | | |
| Definição dos praticantes pela equipe de equoterapia; | 20 vagas | 25 triados e 5 em lista de espera | | |
| Reunião de acolhimento, esclarecimentos da metodologia de trabalho e assinatura do Termo de responsabilidade de cada família e de cada instituição, elaboração do cronograma de atendimento; | Cf. demanda | 20 termos assinados | | |
| Avaliar as necessidades e potencialidades de cada praticante e construir o Plano Terapêutico Individual; | 20 | 20 | | |
| Realização de encaminhamentos específicos, conforme a necessidade; | Cf. demanda | | | |
| Registrar cada avaliação de forma descritiva e qualitativa, e arquivar na pasta do praticante e uma cópia no relatório do projeto; | 20 | 20 | | |
| Registrar os atendimentos de forma resumida em planilha a fim de quantificar as avaliações e os encaminhamentos realizados; | 80 | 60 registros | | |

4. ALTERAÇÕES INSTITUCIONAIS:

Não houve modificações estatutárias.



APAE
Balneário
Camboriú - SC



PDEAR

Programa de Prevenção de
Deficiências: Ações em Rede

011

5. OUTRAS OBSERVAÇÕES E COMENTÁRIOS:

No mês de fevereiro a APAE iniciou suas atividades, e devido a algumas reorganizações as metas não foram cumpridas, embora previsto vale esclarecer que ao final do ano a proposta é que ter oferecido os atendimentos em sua totalidade.

Sandra Mara Luchtenberg
Diretora da APAE
Escola Especial Tempo Feliz
Portaria nº 23.715/2017

MOLSA EquoJuepiq

Data. 26/02/2018

012

NOME

matutino

Ass. molSA

| | | | |
|------|----|--|-------------------------------|
| 08hs | 1 | Mariele Vitoria Lopes Rodrigues | Mariele L Rodrigues. |
| | 2 | Cristiano Dinouro de Sousa | BRUNO T. Vaz |
| | 3 | Artur Fernando da Silva | Tatiano O. Fernandes |
| | 4 | Aya Fadi ISSA | FATZ |
| | 5 | Nicolas Leandro da Silva Cunha Buñu | Frontiessa J. Santos. |
| | 6 | Daura Jesus Cornelios | |
| | 7 | Emanuel de Oliveira ^{Jenilson} | Aline Natia de Oliveira Costa |
| | 8. | Diego Alexandro Salina Miranda | Emilia Jorlino |
| | 9. | Guilherme GUTZ. | Isabella Gutz |

VESPERTINO

| | | | |
|-----|---|-----------------------------|------------------------|
| 13: | 1 | Marie Luiza Comago Alves | Jocqueline J. Comago |
| | 2 | Suzana de Matos | Guilherme de Matos |
| | 3 | THAYLA EMANUELA D. PALHANO | terezinha ap R Palhano |
| | 4 | Gabriel Henrique R. Ventura | maria jose Rodrigues |
| | 5 | ELEN. Luis martins Domingos | Jediny J. m. Juliano |
| | 6 | ISABELLE SOFIA SILVANO | Isabel R. gar. |
| | 7 | U | |

EQUOTERAPIA

Mês:

FEVEREIRO

Ano:

2018

Responsável:

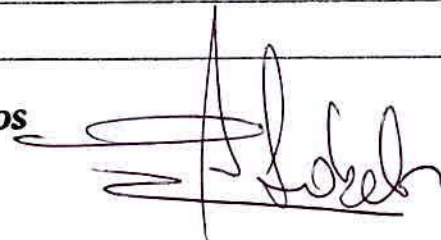
Graciela Lobelos

| Nº | Nome do Praticante | Data Nasc. | Período | Data | Data | Data | Data | Data |
|----|------------------------|------------|------------|-------|-------|-------|-------|------|
| 01 | Diego MIRANDA | 8/06/2012 | Matutino | 05/02 | 12/07 | 19/07 | 26/02 | |
| 02 | Guilherme Guter | 19/08/2012 | Matutino | C | F | C | C | |
| 03 | Emmanuel Oliveira | 30/07/2012 | Medutino | C | F | C | C | |
| 04 | NYA FADI ISSA | 16/02/2004 | Matutino | C | F | C | C | |
| 05 | Ellen Lais M. Domingos | 17/08/2004 | Vespertino | C | F | C | C | |
| 06 | Isabelle Sofia Silva | 19/07/2015 | Vespertino | C | F | C | C | |
| 07 | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | |

Observações:

FORAM PUBLICADOS 25 ALUNOS DOS quais 20 estão
 APTOS para entrar no Programa de imediato - os
 outros ficam na lista de Espera para fazer
 parte do programa futuramente

Graciela Lobelos
 Fisioterapeuta
 CREFITO 12161



013

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

NOME DO PRATICANTE:

Diego Miranda

MÊS/ANO:

FEV 2018

| DATA | |
|-------|--|
| 05/02 | Avaliação Individual do praticante junto a seus familiares na Sede da APAE - Onde foram avaliados (mais 13 alunos) |

| DATA | |
|-------|----------------------|
| 12/02 | Segunda de Carnaval. |

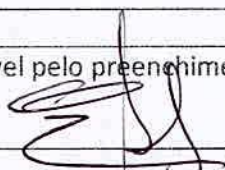
| DATA | |
|-------|---|
| 19/02 | Continuam avaliações individuais de praticantes na Sede da APAE foram entrevistados 12 alunos |

| DATA | |
|-------|--|
| 26/02 | Inicia sua aula para a aproximação muito feliz sorridente. uso collar cervical para ajudar e sustentar sua cabeça. Estimulação de técnicas. faz montagens individualizadas e tarefas lúdicas |

| DATA | |
|------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____



Graciela Lobelos

Fisioterapeuta
CREFITO 12161

Função: _____

Fisioterapeuta

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

015

NOME DO PRATICANTE: Guilherme Gutz MÊS/ANO: Fev. 2018

| DATA | |
|-------|---|
| 05/02 | Avaliação Individual do praticante junto a família na sede da APAE. Tótem avaliado (13 alunos). |


| DATA | |
|-------|----------------------|
| 12/02 | SEGUNDA DE CARNAVAL. |

| DATA | |
|-------|--|
| 19/02 | Avaliação Individual de Ptes. praticantes - 12 alunos. |

| DATA | |
|-------|---|
| 26/02 | Praticante muito ansioso para iniciar sua aula - fez aproximação logo sobre na manha. ótima postura. diminuiu sua ansiedade. Muito feliz com sua aula - |

| DATA | |
|------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura:  Função: Fisioterapeuta

Graciela Lobelos
Fisioterapeuta
CRÉFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

016

NOME DO PRATICANTE: EMANUEL OLIVEIRO MÊS/ANO: FEV. 2018

| | |
|-------|--|
| DATA | |
| 05/02 | Avaliação Individual do praticante na Sede da APAE. Onde foram avaliados mais 13 alunos. |
| | |
| | |

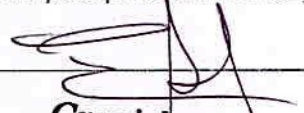
| | |
|-------|------------------|
| DATA | |
| 12/02 | segunda Carmeud. |
| | |
| | |

| | |
|-------|---|
| DATA | |
| 19/02 | Continue Avaliação Individual de praticantes, na Sede de APAE. Foram avaliados 17 alunos. |
| | |
| | |

| | |
|-------|--|
| DATA | |
| 26/02 | FAZ Aproximação do Cavalo. tetraplegia distônica. Seta na Nave com aloje lento de Mem. inferiores. adultos. postura de tronco e inclinação inferior. espasticidade de M. superiores falta controle cervical. |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura:  Função: Fisioterapeuta

Graciela Lóbelos
Fisioterapeuta
CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

NOME DO PRATICANTE: AYA FADI ISSA MÊS/ANO: FEV. 2018

| | |
|-------|--|
| DATA | Avaliação individual do praticante |
| 05/02 | Junto a seus familiares na Sede da APAE. Foram avaliados 13 alunos |

| | |
|-------|---------------------|
| DATA | Expunde de Caravel. |
| 12/02 | |

| | |
|-------|---|
| DATA | Continua Avaliações individuais |
| 13/02 | na Sede da APAE. Passaram por Avaliação 12 alunos |

| | |
|-------|--|
| DATA | Praticante faz avaliação com |
| 26/02 | sem presença do seu pai. Que relata seu histórico. NO teste do MONTA DÍO - SEM CONDIÇÕES de GUSTAR o TRONCO - CRIANÇA ADULTA - Orientamos para sua substituição |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____ Função: _____


Graciela Lobelos
 Fisioterapeuta
 CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

018

NOME DO PRATICANTE: Ellen Lais M. Domingos MÊS/ANO: fev. 2018

| | |
|-------|---|
| DATA | Avaliação individual do praticante |
| 05/02 | Junto a seus familiares no Sede da APAE. Foram avaliados 13 alunos. |

| | |
|-------|--------------------------------------|
| DATA | 05/02 Segunda de Carnaval |
| 12/02 | |

| | |
|-------|--|
| DATA | Continua avaliações individuais |
| 19/02 | no Sede da APAE. Passaram a avaliação 12 alunos. |

| | |
|-------|---|
| DATA | Praticante faz aproximação do cavalo. |
| 26/02 | sem medo. ótima postura faz primeiras aulas. conversa com dificuldade mais por comunicação. Será realizado planejamento de seu programa |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____ Função: _____


Graciela Lobelos
 Fisioterapeuta
 CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

NOME DO PRATICANTE: Isabelle Sofia SILVA MÊS/ANO: FEVEREIRO 2018

| DATA | |
|-------|------------------------------------|
| | Avaliação Individual da praticante |
| 05/02 | na Sede da APSE onde foram |
| | avaliados 13 alunos - |

| DATA | |
|-------|---------------------|
| | segunda de Carnaval |
| 12/02 | |

| DATA | |
|-------|-----------------------------------|
| | Continua Avaliação de Praticantes |
| 19/02 | na Sede APSE. Foram avaliados |
| | mais 12 alunos. |

| DATA | |
|-------|------------------------------------|
| | Praticante ótima para iniciar |
| | equoterapia. Sentou na planta |
| | separando na ABC anterior. |
| 26/02 | sua postura vai melhorando durante |
| | a sessão em direção tronco |
| | e ótimo controle cervical |

| DATA | |
|------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____


Graciela Lobelos
 Fisioterapeuta
 CREFITO 12161

Função: _____

Fisioterapeuta

EQUOTERAPIA

Mês: Fevereiro

Ano: 2018

Responsável: Marci C. f. Arzuet

| Nº | Nome do Praticante | Data Nasc. | Período | Data | Data | Data | Data | Data |
|----|--------------------------------|------------|------------|-------|-------|-------|-------|------|
| | | | | 05/02 | 12/02 | 19/02 | 26/02 | |
| 01 | Nicoles Leandro de Silva Cunha | 17/02/2012 | Matutino | C | C | C | C | |
| 02 | Pietro Coiteux | 04/06/2016 | Matutino | C | A | C | F | |
| 03 | Maria Luiza Camargo Alves. | 30/05/2010 | Vespertino | C | R | C | C | |
| 04 | Guilherme Matos | 19/07/2010 | Vespertino | C | N | C | C | |
| 05 | Artur Fernandes de Silva | 03/03/2015 | Matutino | C | A | C | C | |
| 06 | Dylan S. Dal Bosco | 17/06/2011 | Vespertino | C | V | C | F | |
| 07 | Pedro Henrique de Conceres | | Matutino | C | A | C | F | |
| 08 | | | | | L | | | |

Observações:

Foram avaliados 25 alunos sendo que desses estão aptos 20 alunos, alguns na fila de espera, porém já avaliados.

Graciela Lobelos
Fisioterapeuta
CREFITO 12161



020

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

NOME DO PRATICANTE: Guilherme de Matos MÊS/ANO: Fev/2018

| | |
|-------|---|
| DATA | |
| 05/02 | Avaliação individual dos Praticantes junto com sua família, realizada na sede da APAE. (FORAM AVALIADOS 12 ALUNOS) |
| | |
| | |
| | |

| | |
|-------|---------------------|
| DATA | |
| 12/02 | FERIADO DE CARNAVAL |
| | |
| | |
| | |

| | |
|-------|--|
| DATA | |
| 19/02 | Avaliação individual dos Praticantes, junto com a família, realizada na sede da APAE. (FORAM AVALIADOS 13 ALUNOS) |
| | |
| | |
| | |

| | |
|-------|--|
| DATA | |
| 26/02 | Praticante super feliz com a prática de Equoterapia, realizou trabalhos de adivinhação e declive, aproveitando trabalhos de equilíbrio de tronco e linguagem oral. |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Mauri C. G. Aguiar

Assinatura: [assinatura] Função: Coordenador Geral

Graziela Lobelos
Fisioterapeuta
CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

NOME DO PRATICANTE: Artur Fernandes de Silva MÊS/ANO: FEV./2018

| | |
|-------|---|
| DATA | avaliação individual dos PRATICANTES |
| 05/02 | junto seus familiares, na sede de APAE. |
| | (Foram avaliados 12 alunos). |
| | |
| | |

| | |
|-------|-----------|
| DATA | |
| 12/02 | CARNIVAL. |
| | |
| | |
| | |

| | |
|-------|--|
| DATA | Avaliação individual dos Praticantes |
| 19/02 | junto de seus familiares, na sede de APAE. |
| | (Foram avaliados 13 alunos). |
| | |
| | |

| | |
|-------|--|
| DATA | Praticante muito tranquilo e receptivo |
| 26/02 | na terapia. |
| | Trabalhou-se Equilíbrio de tronco, realizando na área externa aproveitando a variação do terreno, ACLIVE E DECLIVE |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Marcia C. G. AzevedoAssinatura: 

Função: _____


 Graciela Lobelos
 Fisioterapeuta
 CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

NOME DO PRATICANTE: Maria Luiza Camargo Alves - MÊS/ANO: FEV/2018

| | |
|------|---|
| DATA | Avaliação individual dos praticantes |
| 05/2 | Junto: seus familiares na sede de APAE. |
| | (Foram avaliados 12 alunos). |
| | |
| | |

| | |
|------|----------------------|
| DATA | Feriado de Carnaval. |
| 12/2 | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|---------------------------------------|
| DATA | Avaliação individual dos praticantes. |
| 19/2 | Junto da família na sede de APAE. |
| | (Foram avaliados 13 alunos.) |
| | |
| | |

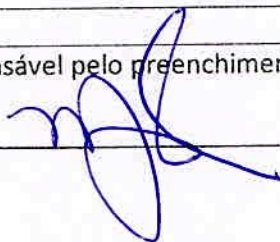
| | |
|------|---|
| DATA | Fez montaria dupla. |
| 26/2 | Praticante extremamente espástica porém com o decorrer da sessão foi relaxando, trabalho de alongamento membros inferiores. |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento:

Marcia C. G. Azevedo

Assinatura:



Função:

Graciela Lobe
Fisioterapeuta
CREFITO 12163

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

NOME DO PRATICANTE: Pietro Leiteux. MÊS/ANO: Feb/2018

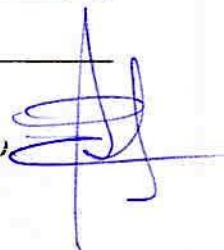
| | |
|-------|---|
| DATA | Praticantes foram avaliados individual- |
| 05/02 | - mente junto com seus familiares |
| | na sede de APAE. |
| | Foram avaliados 12 alunos. |
| | |
| | |

| | |
|-------|-------------------|
| DATA | Feriado Carnaval. |
| 12/02 | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|-------|---|
| DATA | Praticantes foram avaliados individual- |
| 19/02 | - mente junto com seus familiares, |
| | na sede de APAE. |
| | Foram avaliados 13 alunos. |
| | |
| | |

| | |
|-------|---------|
| DATA | Faltou. |
| 26/02 | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Marcia Cristina Faria CostaAssinatura: Função: 

Graciela Lobelo
Fisioterapeuta
CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

025

NOME DO PRATICANTE: Dylan Siegel Dal Bosco - MÊS/ANO: Fev/2018

| | |
|------|--|
| DATA | Avaliação individual dos praticantes e seus familiares junto a sede do APAE. |
| 05/2 | (Foram avaliados 12 alunos) |
| | |
| | |
| | |


| | |
|------|-----------|
| DATA | Carnaval. |
| 12/2 | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|---|
| DATA | Avaliação individual dos praticantes e seus familiares na sede do apae. |
| 19/2 | (Foram avaliados 13 Alunos.) |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|-------------------------------------|
| DATA | Faltou - tinha médico - mãe avisou. |
| 26/2 | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Marcia Cristine Gomes de Aguiar

Assinatura: 

Função: 

Graciela ...
Fisioterapeuta
CREFITO 1234

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

026

NOME DO PRATICANTE: Nicolas L. Silva Cunha MÊS/ANO: Fev/2018

| | |
|-------|--|
| DATA | Praticantes foram avaliados individualmente na sede da APAE. Também estavam presentes seus familiares. Foram avaliados 12 alunos). |
| 05/02 | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|-------------------|
| DATA | Feriado Carnaval. |
| 12/2 | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | Avaliação individual dos praticantes e seus familiares na sede da APAE. (Foram avaliados 13 alunos.) |
| 19/2 | |
| | |
| | |
| | |


| | |
|------|---|
| DATA | Praticante montou individualmente, apresentando má postura no início. Com a ajuda do cavalo melhorou muito sua postura de tronco, muito feliz com o contato com o animal. (aproximou muito bac) |
| 26/2 | |
| | |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Marcia C. f. Aguiar

Assinatura: 

Função: _____

Graciela Lobelos
Fisioterapeuta
CREFITO 12161 

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

027

NOME DO PRATICANTE: Pedro Henrique de Louçã MÊS/ANO: fev/2018

| | |
|------|--|
| DATA | Praticantes foram avaliados individualmente na sede da APAE, junto de seus familiares. |
| 05/2 | Foram avaliados 12 alunos. |
| | |
| | |

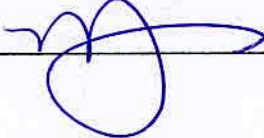
| | |
|------|---------------------|
| DATA | Feriado de Carnaval |
| 12/2 | |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | Praticantes foram avaliados individualmente na sede da APAE, junto de seus familiares. |
| 19/2 | Foram avaliados 13 alunos. |
| | |
| | |

| | |
|------|----------------------|
| DATA | Faltou (mãe doente.) |
| 26/2 | |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Maria C. G. Azevedo

Assinatura: 

Função: _____

Graciela Lobelo
Fisioterapeuta
CREFITO 12161



EQUOTERAPIA

Mês: Fevereiro

Ano: 2018

Responsável: Jiriane Gervelo.

| Nº | Nome do Praticante | Data Nasc. | Período | Data | Data | Data | Data | Data |
|----|-------------------------|------------|------------|-------|--------|-------|-------|------|
| 01 | Laura J. Cornelios | 04/01/2010 | Motutino | 05/02 | 12/02 | 19/02 | 26/02 | |
| 02 | Koven M. Crispin | 07/12/2015 | Vespertino | C | Fenado | C | F | |
| 03 | Thaibo E.R. Pithono | 03/12/2011 | Vespertino | C | Fenado | C | C | |
| 04 | Cristiano S. de Souza | 05/02/2006 | Motutino | C | Fenado | C | C | |
| 05 | Jean F. de O. Jr | 27/05/2013 | Vespertino | C | Fenado | C | F | |
| 06 | Monielen V.L. Rodrigues | 12/09/2008 | Motutino | C | Fenado | C | C | |
| 07 | Gabriel. H.R. de Silva | 26/04/2015 | Motutino | C | Fenado | C | C | |
| 08 | | | | | | | | |

Observações:

Foram avaliados no Total 25 alunos, sendo que desses 20 alunos estão aptos a praticar a Equoterapia. Os outros 5 estão em lista de espera, para fazer parte do programa futuramente.

Graciela Lobelos
Fisioterapeuta
CREFITO 12161

028

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

029

NOME DO PRATICANTE: Laura J. Lornélis MÊS/ANO: Febrero / 2018

| | |
|-------|-------------------------------|
| DATA | |
| | Avaliação Individual do Proti |
| 05/02 | cante junto a família na |
| | Sede do APAC. (13 alunos) |

| | |
|-------|----------------------|
| DATA | |
| | SEGUNDOS DE CARNAVAL |
| 12/02 | |

| | |
|-------|--------------------------|
| DATA | |
| | Avaliação Individual dos |
| 19/02 | Praticantes. (12 alunos) |

| | |
|-------|------------------------------|
| DATA | |
| | Foi feita adaptação, sua mãe |
| 26/02 | acompanhou, chorou em alguns |
| | momentos, mas realizamos uma |
| | sessão tranquila. |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Juliane

Assinatura: Graciela Lobelos Função: Equoterapeuta


Graciela Lobelos
 Fisioterapeuta
 CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

030

NOME DO PRATICANTE: Cristiano S. de Souza MÊS/ANO: Febrero - 2018

| | |
|-------|----------------------------|
| DATA | Avaliação Individual do |
| 05/02 | Praticante junto a família |
| | na Sede do Apae |
| | Avaliados Apae (13 alunos) |

| | |
|-------|----------------------|
| DATA | SEGUNDAS DE CARNAVAL |
| 12/02 | |
| | |
| | |

| | |
|-------|--------------------------|
| DATA | Avaliação Individual dos |
| 19/02 | Praticantes |
| | Avaliados (12 alunos) |

| | |
|-------|------------------------------|
| DATA | Cristiano chegou feliz ao |
| 26/02 | Espaco Garden, Mantereve uma |
| | ótima postura, imitou som de |
| | cachorro, gato... |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Diviane

Assinatura: Graciela Lobelos

Função: Equoterapeuta

Graciela Lobelos
Fisioterapeuta
CPF: 12101

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

03

NOME DO PRATICANTE: Marielen V.L. Rodrigues MÊS/ANO: Fevereiro/2018

| | |
|-------|--|
| DATA | Avaliação Individual do Proti- |
| 05/02 | conte junto a família na Sede da APAE. |
| | Foram avaliados (13 alunos) |

| | |
|-------|---------------------|
| DATA | SEGUNDA DE CARNAVAL |
| 12/02 | |

| | |
|-------|--------------------------|
| DATA | Avaliação Individual dos |
| 19/02 | Proticantes. (12 alunos) |

| | |
|-------|---|
| DATA | Marielen chegou ansiosa no Espaço Garden, nos dias mentar |
| 26/02 | foi ficando mais tranquila, sempre sorrindo. |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Maiane

Assinatura: Marielen Rodrigues Função: Equoterapeuta


Graciela Lobelos
 Fisioterapeuta
 CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

NOME DO PRATICANTE: Thaíla E. Reichenh ^{Palkoro} MÊS/ANO: fevereiro - 2018

| | |
|-------|--|
| DATA | |
| 05/02 | Avaliação Individual do praticante junto a família na sede do APAE. Foram avaliados (13 alunos) |

| | |
|-------|----------------------|
| DATA | |
| 12/02 | SEGUNDOS DE CARNAVAL |

| | |
|-------|---|
| DATA | |
| 19/02 | Avaliação Individual do Praticante. 12 (alunos) |

| | |
|-------|--|
| DATA | |
| 26/02 | Thaíla iniciou a Equoterapia sem dificuldades, aderiu a montaria, fez corrimão no cavalo, sem dificuldades de adaptação. |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Eliviane

Assinatura: Thaíla Reichenh Função: Equoterapeuta


Praciela Lobelos
Fisioterapeuta
CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

033

NOME DO PRATICANTE: Gabriel H. R. de Silva MÊS/ANO: Fevereiro / 2018

| | |
|-------|-------------------------------------|
| DATA | Avaliações Individual do praticante |
| 05/02 | fe junto a família na |
| | Sede do APAC. |
| | FORM AVALIADOS (13 alunos) |

| | |
|-------|---------------------|
| DATA | SEGUROS DE CARNAVAL |
| 12/02 | |

| | |
|-------|------------------------------------|
| DATA | Avaliação Individual do Praticante |
| 19/02 | Form avaliados 12 (alunos) |

| | |
|-------|------------------------------|
| DATA | Gabriel deu continuidade a |
| 26/02 | Equoterapia sem dificuldades |
| | está bem alegre, equilíbrio |
| | muito bom. |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Guiane

Assinatura: Guiane

Função: Equoterapeuta


Graziela Lobelos
 Fisioterapeuta
 CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

03.

NOME DO PRATICANTE: Jean Fernando de O. Jr MÊS/ANO: fevereiro 2018

| | |
|-------|--------------------------------|
| DATA | Avaliação Individual do Prati- |
| 05/02 | cante junto a família na |
| | Sede da APAE. |
| | foam ovulicados (13 alunos) |

| | |
|-------|----------------------|
| DATA | SEGUNDAS DE CARNAVAL |
| 12/02 | |
| | |
| | |

| | |
|-------|-----------------------------|
| DATA | Avaliação Individual do |
| 19/02 | Praticante |
| | foam ovulicados (12 alunos) |

| | |
|-------|--------|
| DATA | Faltou |
| 26/02 | |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Waxiane

Assinatura: Graciela Lobeli Função: Equoterapeuta


Graciela Lobeli
 Fisioterapeuta
 CREFITO 12161

REGISTRO DE ATENDIMENTO MENSAL DA EQUOTERAPIA/EVOLUÇÃO

03

NOME DO PRATICANTE: Koven Morlene CRISPIN MÊS/ANO: Fevereiro 2018

| | |
|-------|-----------------------------------|
| DATA | |
| | Avaliação Individual do pratican- |
| 05/02 | te junto a família na sede |
| | da APAE. |
| | Foram avaliados (13 alunos) |

| | |
|-------|----------------------|
| DATA | |
| | SEGUNDOS DE CARNAVAL |
| 12/02 | |
| | |
| | |

| | |
|-------|-----------------------------|
| DATA | |
| | Avaliação Individual do |
| 19/02 | Praticante. |
| | Foram avaliados (12 alunos) |

| | |
|-------|-------|
| DATA | Falta |
| | |
| 26/02 | |
| | |
| | |

| | |
|------|--|
| DATA | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Nome do Responsável pelo preenchimento: Graciela

Assinatura: Graciela

Função: Equoterapia


Graciela Lobelos
 Fisioterapeuta
 CREFITO 12161