

ENTIDADE:

AMOR PRA DOWN

LANÇADO

PARCERIA:

CONTABILIZADO

FMAS TC N° 004/2018

3ª PARCELA

PRESTAÇÃO DE CONTAS

DATA: 20/04/2018



PREFEITURA
**BALNEÁRIO
CAMBORIÚ**

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL
FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



PARECER TÉCNICO DE ANÁLISE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS
TERMO DE PARCERIA FMAS Nº 004/2018

Recebemos nesta Secretaria, na data de **20 de abril de 2018**, documentação a título de prestação de contas da entidade supracitada, referente à 3ª Parcela, no valor de **RS 9.272,72**, consoante o Processo nº 2017028422, 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 DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – FMAS	EMPENHO Nº 29/2018 -FMAS
ORDENADOR DA DESPESA: LUIZ MARASCHIN	
ENTIDADE BENEFICIADA: ASSOCIAÇÃO AMOR PRA DOWN DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ – SC	FONE: 3366-3155
ENDEREÇO: Sexta Avenida, 440, BAIRRO MUNICÍPIOS – BALNEÁRIO CAMBORIÚ – SC	CEP: 88.302-520
CNPJ: 04.132.172/0001-07	VIGÊNCIA: 31/12/2018
	INÍCIO 01/01/2018
	TÉRMINO 31/12/2018
E-MAIL: gestor@amorpradown.org	
RESPONSÁVEL: MARCOS ANTÔNIO COSTA	CPF: [REDACTED]/15
GESTOR DA PARCERIA: LAUDAIR REIS	CPF: [REDACTED]-4-[REDACTED]

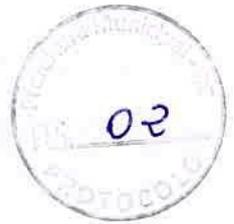
ANÁLISE CONCLUSIVA

- 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 bem 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.



P R E F E I T U R A
**BALNEÁRIO
CAMBORIÚ**

ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA DE BALNEÁRIO CAMBORIÚ
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL
FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



ANÁLISE CONCLUSIVA

Considerações Finais:

Foram examinados os documentos que deram origem aos elementos constantes deste processo de prestação de contas em referência da ASSOCIAÇÃO AMOR PRA DOWN 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, **CERTIFICAMOS A REGULARIDADE** da presente prestação de contas.

DECISÃO E HOMOLOGAÇÃO – ANÁLISE TÉCNICA

Vista ao exposto, encaminho o presente expediente para deliberação e adoção dos procedimentos subsequentes.

Em, 23/04/2018

Laudair Reis
GESTOR DE PARCERIA - FMAS
Decreto: 8.643/2017
Laudair Reis
Laudair Reis
Gestor da Parceria
Decreto 8.643/2017

De acordo,

Ao Sr. Secretário, para deliberação

Em, 23, 04, 2018.

Luiz Maraschin
Luiz Maraschin
Secretário de desenvolvimento e Inclusão Social
Gestor do Fundo Municipal de Assistência Social
Portaria 23.689/2017

BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DE RECURSOS ANTECIPADOS



UNIDADE CONCEDENTE: SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO E INCLUSÃO SOCIAL				
COMPLEMENTO:				
ORDENADOR DA DESPESA: FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL - FMAS				
ENTIDADE BENEFICIADA: ASSOCIAÇÃO AMOR PRA DOWN				
CNPJ: 04.132.172/0001-70			FONE: 3366-3155	
ENDEREÇO: SEXTA AVENIDA, 440 - BAIRRO MUNICÍPIOS			CEP: 88.337-315	
E-MAIL: GESTOR@AMORPRADOWN.ORG				
RSPONSAVEL: MARCOS ANTONIO COSTA			CPF: ██████████-15	
NOTA DE EMPENHO Nº		DATA:	VALOR: R\$ 9.272,72	
TERMO DE COLABORAÇÃO PMBC CMAS Nº 004/2018		DATA: 30/01/2018	DEPOSITO EM: 03/04/2018	
AUTORIZAÇÃO LEGISLATIVA Nº		DATA:		
HISTORICO DA FINALIDADE: Atendimento Socioassistencial de defesa e garantia de direitos para pessoas com síndrome de Down				
DOCUMENTO		HISTÓRICO	RECEBIMENTOS	PAGAMENTOS
NUMERO	DATA			
1	03/04/2018	Transferência PMBC FMAS	9.272,72	
2	04/04/2018	Pgto LUIZ JUNIOR ODY WEIS, agente social, CPF ██████████-73		1.650,00 ✓
3	04/04/2018	Pgto THIARA SILVEIRA DE FREITAS, assistente social, CPF ██████████-36		2.535,77 ✓
4	04/04/2018	Pgto LEILANE G. DE WERGENES, psicóloga, CPF ██████████-89		2.535,77 ✓
5	04/04/2018	PRINTLOJA - TONER		150,33 ✓
6	05/04/2018	CONTABILIDADE SÉCULOS		620,00 ✓
7	16/04/2018	TARIFAS BANCARIAS		43,40 ✓
8	17/04/2018	EMASA		28,74 ✓
9	18/04/2018	RECURSOS PRÓPRIOS	99,75	
10	18/04/2018	GPS		1.706,00 ✓
11	18/04/2018	DARF IMPOSTO DE RENDA		102,46 ✓
TOTALIS			9.372,47	9.372,47
LOCAL E DATA: BALNEÁRIO CAMBORIU, 18/04/2018				
ASSINATURA DA UNIDADE GESTORA			 Reginato Junior Coordenador ADMINISTRADOR CRA/SC Nº 14485	



A33Y181008205493028
18/04/2018 10:18:53



Consultas - Extrato de conta corrente

Cliente - Conta atual

Agência 305-0
Conta corrente 60263-9 ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
Período do extrato Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
22/03/2018		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
03/04/2018		1489	99026	870 Transferência recebida 03/04 1489 230508-9 PMBC FMAS MOVI	661.489.000.230.508	9.272,72 C	9.272,72 C
04/04/2018		0305	99015	470 Transferência enviada 04/04 0798 140794-5 LUIZ JUNIOR OD	550.798.000.140.794	1.650,00 D	
04/04/2018		0305	99015	120 Transferido para Poupança 04/04 1386 510046775-0 THIARA SILVEIR	551.386.510.046.775	2.535,77 D	
04/04/2018		0305	99015	470 Transferência enviada 04/04 1707 17804-7 LEILANE G WERG	551.707.000.017.804	2.535,77 D	
04/04/2018		0000	13105	109 Pagamento de Título BANCO BRADESCO S.A.	40.401	150,33 D	2.400,85 C
05/04/2018		0000	13105	109 Pagamento de Título CAIXA ECONOMICA FEDERAL	40.501	620,00 D	1.780,85 C
16/04/2018		0000	13113	435 Tarifa Pacote de Serviços Tarifa referente a 16/04/2018	831.060.900.686.408	43,40 D	1.737,45 C
17/04/2018		0000	13105	361 Pgto conta água EMASA - BALN CAMBORIU	41.701	28,74 D	1.708,71 C
18/04/2018		0305	00305	870 Transferência recebida 18/04 0305 10098-6 ASSOCIACAO AMO	550.305.000.010.098	99,75 C	
18/04/2018		0000	11105	375 Impostos GPS - CODIGO DE BARRAS	41.801	1.706,00 D	
18/04/2018		0000	11105	375 Impostos RFB- DARF PRETO CALCULADO	41.802	102,46 D	
18/04/2018		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C
Juros							0,00
Data de Debito de Juros							30/04/2018
IOF							0,00
Data de Debito de IOF							02/05/2018

Iniciamos pesquisa via SMS para avaliar o atendimento prestado a sua empresa. Caso receba a mensagem, responda gratis e participe.

Transação efetuada com sucesso por: J5767022 MARCOS ANTONIO COSTA.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o recurso no valor de R\$ 9.272,72 relativo à parcela Nº 3 do ano de 2018 relativo ao convênio CMAS nº 004/2018, firmado com o Município de Balneário Camboriú, foi realmente aplicado, obedecidos os devidos fins a que se destinava, tendo sido escriturado nos registros contábeis da Associação Amor pra Down, permanecendo à disposição dos órgãos de fiscalização e auditoria para os exames que se fizerem necessários.

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

E, para que produza os devidos efeitos passo a presente declaração aos 18 dias do mês de abril de 2018.


Wilson Reginatto Junior
Coordenador
CRA / SC Nº 14485

Recebido 20/04/18
Por: LAUDA
Assinatura: _____

PARECER DO CONSELHO FISCAL

O Conselho Fiscal da Associação mor pra Down, CNPJ 04.132.172/0001-70, no uso de suas atribuições legais e estatutárias, após haver procedido ao exame de documentos que compõem a Prestação de Contas relativa a parcela nº 03 do Termo de Colaboração PMBC CMAS Nº004/2018 manifestam-se favoravelmente, em razão da regularidade das contas e dos documentos comprobatórios apresentados, opinado pela aprovação.

Balneário Camboriú, 18 de abril de 18

Caroline L.F. da Costa

Nome: Caroline Liandra Franzoi da Cota
Presidente do Conselho Fiscal
CPF: [REDACTED]-93

[Signature]

Nome: Adamastor Morellato
[REDACTED]-72 [REDACTED]-68

Tatiane Kelly Laurentino

Nome: Tatiane Kelly Laurentino
CPF: [REDACTED]-8-00



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEARIO CAMBORIU
SECRETARIA DA FAZENDA

Departamento de Arrecadação

NOTA FISCAL MODELO
SIMPLIFICADO (AVULSA)

Nº 217401

3ª VIA CONTRIBUINTE

Data Emissão: 27/03/2018



Prestador de Serviço - CONTRIBUINTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: LUIZ JUNIOR ODY WEIS

ENDEREÇO: [REDACTED]

MUNICÍPIO: BALNEARIO CAMBORIU ESTADO: SC INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 242215

CNPJ/ CPF: [REDACTED]-73 NATUREZA: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

PIS / PASEP: [REDACTED]

Recebedor de Serviço - CLIENTE DE CONTRIBUINTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN

ENDEREÇO: 916, 466

MUNICÍPIO: BALNEARIO CAMBORIU ESTADO: SC

CNPJ/ CPF: 04132172/0001-70 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 144779

Laysa M...
 Secretária da F...
 Matrícula n.º 301...
 Dep. de Arrecadação

Unidade	Quant.	Descrição dos Serviços	Preço Unitário	Valor R\$
1	1,00	AGENTE SOCIAL.	2062,50	2062,50

IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA
NÃO TEM VALOR COMO RECIBO

VALOR DOS SERVIÇOS
R\$ 2.062,50

Regulamentação:
Artigo 6º do Decreto Lei 3.039/98

DAM Nº:
ISS VALOR: R\$ 51,56

NOTA FISCAL
MODELO
SIMPLIFICADO
(AVULSA)
Nº 217401

RECEBI(EMOS) O(S) SERVIÇO(S) CONSTANTES DA NOTA FISCAL DE SERVIÇO EMITIDA POR:

04/04/2018
 DATA DO RECEBIMENTO

[Assinatura]
 ASSINATURA

CERTIFICADO QUE O MATERIAL / SERVIÇO
 CONSTATADO NESTE DOCUMENTO FOI RECEBIDO / PRESTADO E ESTA
 O N F O R M I D A D E C O M A
 C I R C U M S T A N C I A S
 E N T R E S I G N A D A S
 EM 19/04/18
 30

A35G041053279665032
04/04/2018 11:02:03

Transações Pendentes

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
 Agência 305-0
 Conta corrente 60263-9

Creditado

Nome LUIZ JUNIOR ODY WEIS
 Agência 798-6
 Conta corrente [REDACTED] 4-5
 Valor 1.650,00
 Data Nesta data

Assinada por J5767022 MARCOS ANTONIO COSTA 04/04/2018 10:47:31
 JA595175 CLAYTON S SILVA 04/04/2018 11:02:03

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JA595175 CLAYTON S SILVA.

RECIBO QUE O MATERIAL / SERVIÇO
 PRESTADO / PRESTADO E ESTA
 CONFORMIDADE COM AS
 EXIGÊNCIAS NELE CONSIGNADAS
 EM 19/04/18
 BC [Signature]

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nome ou Razão Social da Empresa		Nº do Recibo:	217401
ASSOCIAÇÃO AMOR PRA DOWN		CNPJ	Ref.
Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de AGENTE SOCIAL a importância de 1.650,00 (Um mil , seiscentos e cinquenta reais), conforme discriminado abaixo:		04.132.172/0001-70	03/2018
Salário Base	Taxa	INSS	Especificação
0,00			Valor do Serviço Prestado
Carreteiro (Valor Base p/Calculo do INSS)		Soma	2.062,50
Aplicar 10% sobre o valor da mão-de-obra (11,71% do frete)		Descontos	
Número de Inscrição		I.R. Fonte	0,00
No INSS: 20344031343		INSS (20%)	412,50
No CPF: [REDACTED] [REDACTED] 73		Total dos Descontos	412,50
		Valor Líquido	1.650,00

RG	Órgão Emissor	UF	Assinatura
5408489	SSP	SC	[Signature]

Localidade	Data	Nome Completo
BALNEARIO CAMBORIU	27/03/2018	LUIZ JUNIOR ODY WEIS



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEARIO CAMBORIU
SECRETARIA DA FAZENDA

Departamento de Arrecadação

NOTA FISCAL MODELO
SIMPLIFICADO (AVULSA)

Nº 217395

3º VIA CONTRIBUINTE

Data Emissão: 27/03/2018

Laysa Martins Pinto
Secretaria da Fazenda
Matrícula nº 30.531
Dep. de Arrecadação

Prestador de Serviço - CONTRIBUINTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: THIARA SILVEIRA DE FREITAS

ENDEREÇO: [REDACTED]

MUNICÍPIO: BALNEARIO CAMBORIU ESTADO: SC INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 237984

CNPJ/ CPF: [REDACTED]-36 NATUREZA: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

PIS / PASEP: [REDACTED]

Recebedor de Serviço - CLIENTE DE CONTRIBUINTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN

ENDEREÇO: 916, 466

MUNICÍPIO: BALNEARIO CAMBORIU ESTADO: SC

CNPJ/ CPF: 04132172/0001-70 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 144779

Unidade	Quant.	Descrição dos Serviços	Preço Unitário	Valor R\$
1	1,00	ASSISTENTE SOCIAL.	3233,75	3233,75

IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA
NÃO TEM VALOR COMO RECIBO

VALOR DOS SERVIÇOS
R\$ 3.233,75

Regulamentação
Artigo 6º do Decreto Lei 3.039/98

DAM Nº:
ISS VALOR: R\$ 64,68

NOTA FISCAL
MODELO
SIMPLIFICADO
(AVULSA)

Nº 217395

RECEBI(EMOS) O(S) SERVIÇO(S) CONSTANTES DA NOTA FISCAL DE SERVIÇO EMITIDA POR:

04/04/18

DATA DO RECEBIMENTO

[Signature]

ASSINATURA

CONFIRMAÇÃO QUE O MATERIAL / SERVIÇO RECEBIDO / PRESTADO E O DOCUMENTO FISCAL CONFORMADA DE ESTAS INFORMAÇÕES NELE CONSIGNADAS EM 19/04/18



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BALNEARIO CAMBORIU
SECRETARIA DA FAZENDA

Departamento de Arrecadação

NOTA FISCAL MODELO
SIMPLIFICADO (AVULSA)

Nº 217404

1ª VIA CONTRIBUINTE

Data Emissão: 27/03/2018

Rafael Torres da Silva
Secretaria da Fazenda
Matrícula: 36926
Dep. de Arrecadação

Prestador de Serviço - CONTRIBUINTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: LEILANE GUIMARAES DE WERGENES

ENDEREÇO: [REDACTED]

MUNICÍPIO: CAMBORIU

ESTADO: SC

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 242265

CNPJ/ CPF: [REDACTED]-89

NATUREZA: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

PIS / PASEP: [REDACTED]

Recebedor de Serviço - CLIENTE DE CONTRIBUINTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN

ENDEREÇO: 916, 466

MUNICÍPIO: BALNEARIO CAMBORIU ESTADO: SC

CNPJ/ CPF: 04132172/0001-70

INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 144779

Unidade	Quant.	Descrição dos Serviços	Preço Unitário	Valor R\$
1	1,00	PSICOLOGA	3233,75	3233,75

**IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS DE QUALQUER NATUREZA
NÃO TEM VALOR COMO RECIBO**

**VALOR DOS SERVIÇOS
R\$ 3.233,75**

Regulamentação:
Artigo 6º do Decreto Lei 3.039/98

DAM Nº:
ISS VALOR: R\$ 64,68

NOTA FISCAL
MODELO
SIMPLIFICADO
(AVULSA)
Nº 217404

RECEBI(EMOS) O(S) SERVIÇO(S) CONSTANTES DA NOTA FISCAL DE SERVIÇO EMITIDA POR:

04/04/18
DATA DO RECEBIMENTO

Leilane G. de Wergens
ASSINATURA

DECLARO QUE O MATERIAL / SERVIÇO
CONSTANTE DESTE DOCUMENTO FOI
RECEBIDO / PRESTADO E ESTÁ A
FORMIDA DE COM A
INFORMAÇÕES NELE CONSIGNADAS
EM 19/04/18
3C



Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
 Agência 305-0
 Conta corrente 60263-9

Creditado

Nome LEILANE G WERGENES
 Agência 1707-8
 Conta corrente [REDACTED]-7
 Valor 2.535,77
 Data Nesta data

Assinada por J5767022 MARCOS ANTONIO COSTA
 JA595175 CLAYTON S SILVA

04/04/2018 10:48:01
 04/04/2018 11:02:03

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JA595175 CLAYTON S SILVA.

RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

Nome ou Razão Social da Empresa			N° do Recibo:	217404
ASSOCIAÇÃO AMOR PRA DOWN			CNPJ	Ref.
			04.132.172/0001-70	03/2018
Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de PSICOLOGA a importância de 2.535,77 (Dois mil , quinhentos e trinta e cinco reais e setenta e sete centavos), conforme discriminado abaixo:				
Salário Base	Taxa	INSS	Especificação	Valor
0,00			Valor do Serviço Prestado	3.233,75
Carreteiro (Valor Base p/Calculo do INSS)			Soma	3.233,75
plicar 10% sobre o valor da mão-de-obra (11,71% do frete)			Descontos	
Número de Inscrição			I.R. Fonte	51,23
No INSS: 20996610973			INSS (20%)	646,75
No CPF: [REDACTED]-9-89			Total dos Descontos	697,98
			Valor Líquido	2.535,77

RG	Órgão Emissor	UF	Assinatura
5382839	SSP	SC	<i>Leilane G de Wergenes</i>

Localidade	Data	Nome Completo
BALNEARIO CAMBORIU	27/03/2018	LEILANE GUIMARAES DE WERGENES

20

Folha de Pagamento - versão 4.1.7

CERTIFICO QUE O MATERIAL / SERVIÇO
 CONSTATANTE DESTES DOCUMENTOS FOI
 RECEBIDO / PRESTADO E ESTA É
 CONFORMIDADE COM AS
 ESPECIFICAÇÕES NELE CONSIGNADAS
 EM 19/04/18
 BC
[Signature]

RECEBEMOS DE PRINT DO BRASIL EIRELI OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e
Nº: 000.034.801
SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

PRINT DO BRASIL EIRELI

R PIONEIRO JOSE JACINTO MAIA, 754



COPACABANA
Maringá
PR
TEL/FAX: 4430464284
CEP: 87023210

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - Entrada 1
1 - Saída 1
Nº 000.034.801
SÉRIE: 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

4118 0421 5023 4400 0179 5500 1000 0348 0110 0034 8016

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

141180058162088 - 05/04/2018 08:50:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL

9068147309

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA

CNPJ

21.502.344/0001-79

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

Associacao Amor pra Down

CNPJ/CPF

04.132.172/0001-70

DATA DA EMISSÃO

05/04/2018

ENDEREÇO

6 Avenida, 440 Comercio

BAIRRO/DISTRITO

Municipios

CEP

88337-315

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

05/04/2018

MUNICÍPIO

Balneario Camboriu

FONE/FAX

(47) 3366-3155

UF

SC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

08:50:00

TURA

Numero	Data Vcto	Valor
34801	05/04/2018	150,33

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		135,81	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS	VALOR TOTAL DA NOTA			
28,10	0,00	13,58	0,00	0,00	0,00	150,33			

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF	
TNT		0-Emitente				95.591.723/0058-54	
ENDEREÇO			MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
ROD PR 317 ZONA 47/GLEBA PINGU - JARDIM INDUSTRIAL			Maringá	PR	70104219-4		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		
1				0,850	0,850		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR TOTAL IMPOSTOS
												ICMS	IPI	
CMYKX6500B	Kit 4 Toners Compatíveis Xerox Phaser 6500 WC6505 Importado 15* 16* 17* 18*	84439933	0 102	6102	Un	1,0000	135,8100	135,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ESPECÍFICO QUE O MATERIAL / SERVIÇO
CONSTANTE DESTA DOCUMENTO FOI
RECEBIDO / PRESTADO E ESTA
O NFORMIDADE COM A
REGULAMENTAÇÃO NEVE CONSIGNADA
EM 19/04/18
BC
Wilton Pires

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não goza de direito a crédito fiscal de IPI.	



A33B041104305817024
04/04/2018 11:08:59



Transações Pendentes

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

04/04/2018 - BANCO DO BRASIL - 11:08:59
030500305 0016

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
AGENCIA: 0305-0 CONTA: 60.263-9

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23793294245000001992284001083108274840000015033

BENEFICIARIO:

PRINT DO BRASIL EIRELI - ME

NOME FANTASIA:

PRINT DO BRASIL EIRELI - ME

CNPJ: 21.502.344/0001-79

PAGADOR:

ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN

CNPJ: 04.132.172/0001-70

NR. DOCUMENTO 40.401

DATA DE VENCIMENTO 04/04/2018

DATA DO PAGAMENTO 04/04/2018

VALOR DO DOCUMENTO 150,33

VALOR COBRADO 150,33

NR.AUTENTICACAO 0.8FC.FDE.B50.00E.2FB

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais: agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por JA595175 CLAYTON S SILVA
J5767022 MARCOS ANTONIO COSTA

04/04/2018 11:06:37

04/04/2018 11:08:59

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J5767022 MARCOS ANTONIO COSTA.

SECULOS CONTABILIDADE LTDA - ME



NIFICO QUE O MATERIAL / SERVIÇO FORNECIDO
 INSTANTE DESTA DOCUMENTO É ESTÁ
 RECEBIDO / PRESTADO E COM A
 CONFIRMAÇÃO NELE CONSIGNADA
 EM 19/04/18
BC

Systemar Informatica Ltda - (47) 33674093

CAIXA

104-0

Beneficiário **SECULOS CONTABILIDADE LTDA - ME** CNPJ: 04.483.728/0001-72
 AV TERCEIRA AVENIDA,331, SALA 01 - CENTRO, BALNEARIO CAMBORIU - SC, 88.330-087

Data do Documento 26/02/2018	Número do Documento 881	Moeda RS	Agência/Cód. Beneficiário 0921 / 705236-7	Vencimento 05/04/2018
Rateros HON. CONTÁBEIS 02/2018			Nosso Número 1400000000000881-3	
DIRF			(-) Valor do Documento 620,00	
560,00			(-) Valor Cobrado	
60,00				

Pagador **(0493) ASSOCIAÇÃO AMOR PRA DOWN - 04132172000170**
 RUA 1950 N 1346 - CENTRO
 88330476 - BALNEARIO CAMBORIU - SC - (200)

Autenticação Mecânica / RECIBO DO PAGADOR

CAIXA

104-0

10497.05237 67000.100049 00000.088161 2 74850000062000

Local de Pagamento Pagável em qualquer banco até a data de vencimento				Vencimento 05/04/2018
Beneficiário SECULOS CONTABILIDADE LTDA - ME			CNPJ: 04.483.728/0001-72	
AV TERCEIRA AVENIDA,331, SALA 01 - CENTRO, BALNEARIO CAMBORIU - SC, 88.330-087			Agência/Cód. Beneficiário 0921 / 705236-7	
Data do Documento 26/02/2018	Número do Documento 881	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 04/04/2018
Nosso Número 1400000000000881-3			(-) Valor do Documento 620,00	
Uso do Banco	Carteira RG	Moeda RS	Quantidade	Valor
INSTRUÇÕES (TEXTO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO)				(-) Desconto
HON. CONTÁBEIS 02/2018				(-) Outras Deduções/Abatimentos
DIRF				(+) Mora/Multa/Juros
560,00				(+) Outros Acréscimos
60,00				(-) Valor Cobrado
NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO!				

Unidade do Beneficiário **Balneário Camboriú - SC**

Pagador **(0493) ASSOCIAÇÃO AMOR PRA DOWN - 04132172000170**
 RUA 1950 N 1346 - CENTRO
 88330476 - BALNEARIO CAMBORIU - SC - (200)

Código de Baixa

Sacador/Avalista



Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação

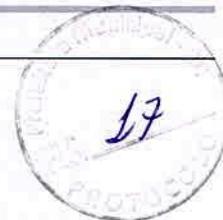


Transações Pendentes

A33Y050922146791028
05/04/2018 09:27:55

Pagamento de títulos com débito em conta corrente

05/04/2018 - BANCO DO BRASIL - 09:27:55
030500305 0011



COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
AGENCIA: 0305-0 CONTA: 60.263-9

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10497052376700010004900000088161274850000062000
NR. DOCUMENTO 40.501
DATA DO PAGAMENTO 05/04/2018
VALOR DO DOCUMENTO 620,00
VALOR COBRADO 620,00

NR. AUTENTICACAO 1.303.A78.05F.37A.A49

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Assinada por J5767022 MARCOS ANTONIO COSTA
JA595175 CLAYTON S SILVA

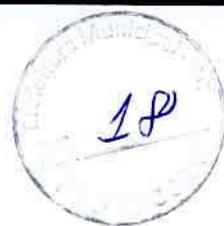
05/04/2018 09:04:31
05/04/2018 09:27:55

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JA595175 CLAYTON S SILVA.



Empresa Municipal de Água e Saneamento
 CNPJ: 07.854.402/0001-00
 4ª Avenida, 250 - Centro - Balneário Camboriú - SC
 CEP 88.330-104
 www.emasa.com.br



Fatura de Água

Nº Ref.
 G25-089 mar/18
 Matrícula
 01326661-6

ASSOCIAÇÃO AMOR PRA DOWN
 AV. SEXTA (M), SN
 MUNICIPIOS
 CEP:88337315 - Balneário Camboriú/SC

VENCIMENTO
 17/04/2018
TOTAL A PAGAR
 R\$ 28,74

Atendimento: Seg. à sexta das 08h às 18h - Sáb. das 09h às 13h
Plantão 24h - 0800 6436272

Localização 001.549.012.0300.01	ECONOMIAS POR CATEGORIA				
Descrição do Faturamento ENTREGA NO IMOVEL.	Residencial	Comercial	Industrial	Pública	Total
	00	00	01	00	01

CODIGO DEBITO AUTOMATICO 13266616

DADOS DO IMOVEL.		HISTORICO DO IMOVEL.		
		Mês	Consumo	Leitura
Hidrômetro	: A14N284876	02/2018	10	182
Leitura mês	: 188 22/03/2018	01/2018	10	173
Leitura ant.	: 182 21/02/2018	12/2017	10	171
Consumo	: 10 m3 em 29 dias	11/2017	10	166
Média mensal	: 10 m3	10/2017	10	161
Média diária	: 0,34 m3	09/2017	10	157
Faturamento	: MÍNIMO			

TABELA TARIFARIA	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS FATURADOS	
Paixa Consumo R\$/m³	Serviços	Valor Faturado
Industrial	FATURAMENTO DE ÁGUA	R\$ 28,74
0 10 2,874		
11 20 3,900		
21 99999 4,500		

QUALIDADE DA AGUA			Referência: 12/2017
Indicadores	No. Amostras	Média	Valor Permitido
Cloro	356	1,75 Mg/L	0,2 a 2,0
Fluor	356	0,74 Mg/L	0,7 a 1,20
Turbidez	356	0,23 NTU	5
Cor	356	2,22 UC	15
pH	355	7,17	6,0 a 9,5
Amostras Analisadas	356	356	90
Coliformes Totais	356	0	0

Todas as análises exigidas na portaria numero 2.914/2011 e no decreto numero 5.440/2005 estão disponíveis no escritorio central da EMASA, inclusive as análises semestrais.

INFORMACOES DE TRIBUTOS			
TRIBUTOS	BASE DE CALCULO (R\$)	ALÍQUOTA %	VALOR DO IMPOSTO (R\$)
PIS	R\$ 28,74	1,00%	R\$ 0,29
COFINS	R\$ 28,74	0,00%	R\$ 0,00

Mensagens
 MOBILIZE SUA FAMILIA, AMIGOS E VIZINHOS, ACABE COM O MOSQUITO
 AEDES AEGYPTI! JUNTOS PODEMOS DERROTAR ESSE VILÃO

Matrícula 01326661-6	Localização 001.549.012.0300.01	Sequencial 1.1326661.1803
Vencimento 17/04/2018	Total a Pagar (R\$) R\$ 28,74	Ref.: DV 03/2018 5

8266000000-2 28741027000-6 0000001132-0 66611803500-3



CERTIFICADO QUE O MATERIAL / SERVIÇO
 RECEBIDO / PRESTADO E ESTÁ
 EM CONFORMIDADE COM AS
 ESPECIFICAÇÕES NELE CONSIGNADAS
 EM 19/04/18
 3C
[Signature]

A33R171432537099010
17/04/2018 14:39:20

Transações Pendentes

Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/04/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 14.39.20
0305000305

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
AGENCIA: 305-0 CONTA: 60.263-9
EFETUADO POR: CLAYTON S SILVA=====
Convenio EMASA - BALN CAMBORIU
Codigo de Barras 82660000000-2 28741027000-6
00000001132-0 66611803500-3
Data do pagamento 17/04/2018
Valor em Dinheiro 28,74
Valor em Cheque 0,00
Valor Total 28,74
=====DOCUMENTO: 041701
AUTENTICACAO SISBB:
9.44F.58B.510.CD8.997Assinada por J5767022 MARCOS ANTONIO COSTA
JA595175 CLAYTON S SILVA17/04/2018 14:36:56
17/04/2018 14:39:20

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JA595175 CLAYTON S SILVA.

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
Agência 305-0
Conta corrente 10098-6

Creditado

Nome ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
Agência 305-0
Conta corrente █████-9
Valor 99,75
Data Nesta data

Assinada por J5767022 MARCOS ANTONIO COSTA
JA595175 CLAYTON S SILVA

18/04/2018 09:45:56
18/04/2018 09:49:36

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JA595175 CLAYTON S SILVA.

SEFIP 8.40 TAB. 37.0 DATA: 02/04/2018 HORA: 10:16:58

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO 2305

1 - NOME / TELEFONE / ENDEREÇO

4 - COMPETÊNCIA 03/2018

ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN

R 916 0

CENTRO

BALNEARIO CAMBORIU

(0047) 33663155

ATENÇÃO
Vencimento dia: 88330-570
20 ABR. 2018
CONTABILIDADE SÉCULOS

5 - IDENTIFICADOR 04.132.172/0001-70

6 - VALOR DO INSS(+) 1.706,00

2 - VENCIMENTO

(USO EXCLUSIVO INSS)

7 -

8 -

ATENÇÃO É VEDADA A UTILIZAÇÃO DA GPS PARA RECOLHIMENTO DE RECEITA DE VALOR INFERIOR AO ESTIPULADO EM RESOLUÇÃO PUBLICADA PELO INSS.A RECEITA QUE RESULTAR VALOR INFERIOR DEVERÁ SER ADICIONADA A CONTRIBUIÇÃO OU IMPORTÂNCIA

9 - VLR OUTRAS ENTIDADES 0,00

RESPONDENTE NOS MESES SUBSEQUENTES, ATÉ QUE O TOTAL SEJA IGUAL OU SUPERIOR AO VALOR MÍNIMO FIXADO.

10 - ATUAL.MONETÁRIA/ 0,00

JUROS/MULTA/(+)

11 - VALOR ARRECADADO 1.706,00

12 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA PARA RECOLHIMENTO NO PRAZO

858500000177

060002702308

504132172008

017020180394

SEFIP 8.40 TAB. 37.0 DATA: 02/04/2018 HORA: 10:16:58

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO 2305

1 - NOME / TELEFONE / ENDEREÇO

4 - COMPETÊNCIA 03/2018

ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN

R 916 0

CENTRO

BALNEARIO CAMBORIU

(0047) 33663155

ATENÇÃO
Vencimento dia: 88330-570
20 ABR. 2018
CONTABILIDADE SÉCULOS

5 - IDENTIFICADOR 04.132.172/0001-70

6 - VALOR DO INSS(+) 1.706,00

2 - VENCIMENTO

(USO EXCLUSIVO INSS)

7 -

8 -

ATENÇÃO É VEDADA A UTILIZAÇÃO DA GPS PARA RECOLHIMENTO DE RECEITA DE VALOR INFERIOR AO ESTIPULADO EM RESOLUÇÃO PUBLICADA PELO INSS.A RECEITA QUE RESULTAR VALOR INFERIOR DEVERÁ SER ADICIONADA A CONTRIBUIÇÃO OU IMPORTÂNCIA

9 - VLR OUTRAS ENTIDADES 0,00

CORRESPONDENTE NOS MESES SUBSEQUENTES, ATÉ QUE O TOTAL SEJA IGUAL OU SUPERIOR AO VALOR MÍNIMO FIXADO.

10 - ATUAL.MONETÁRIA/ 0,00

JUROS/MULTA/(+)

11 - VALOR ARRECADADO 1.706,00

12 - AUTENTICAÇÃO MECÂNICA PARA RECOLHIMENTO NO PRAZO

858500000177

060002702308

504132172008

017020180394



A33D180940163193029
18/04/2018 09:52:04

Transações Pendentes

Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/04/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 09.52.04
0305000305

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
AGENCIA: 305-0 CONTA: 60.263-9
EFETUADO POR: CLAYTON S SILVA

=====
Convenio GPS - CODIGO DE BARRAS
Codigo de Barras 8585000017-7 06000270230-8
50413217200-8 01702018039-4
Data do pagamento 18/04/2018
Valor Total 1.706,00
Pagamento agendado.

Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação de segurança e será processada após análise. O comprovante definitivo somente sera emitido apos a quitacao.

=====
Iniciamos pesquisa via SMS para avaliar o atendimento prestado a sua empresa. Caso receba a mensagem, responda gratis e participe.

Assinada por J5767022 MARCOS ANTONIO COSTA
JA595175 CLAYTON S SILVA

18/04/2018 09:47:08
18/04/2018 09:52:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JA595175 CLAYTON S SILVA.

COMPROVANTE DE DECLARAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES A RECOLHER À PREVIDÊNCIA SOCIAL E A OUTRAS ENTIDADES E FUNDOS POR FPAS
 EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN N° ARQUIVO: HZzVv1eDLop0000-8
 COMP: 03/2018 COD REC: 150 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: 0000 SIMPLES: 1 ALIQ RAT: 0,0 INSCRIÇÃO: 04.132.172/0001-70
 TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO: FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00

LOGRADOURO: R 916 0 BAIRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 9430800
 CIDADE: BALNEARIO CAMBORIU UF: SC CEP: 88330-570 TELEFONE: 47-33663155 CNAE: 9430800

APURAÇÃO DO VALOR A RECOLHER: 639 620 744 779 TOTAL

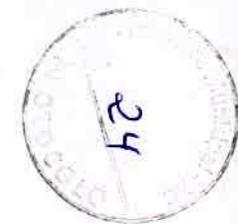
SEGURADO					
Empregados/Avulsos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Contribuintes Individuais	1.706,00	0,00	0,00	0,00	1.706,00
EMPRESA					
Empregados/Avulsos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Contribuintes Individuais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RAT - Agentes Nocivos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valores Pagos a Cooperativas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Adicional Cooperativas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Comercialização Produção	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Evento Desportivo/Patrocínio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECOLHIMENTO COMP ANT - VALOR INSS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) Retenção Lei 9.711/98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) Sal. Família/Sal. Maternidade	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) Compensação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR A RECOLHER - PREVIDÊNCIA SOCIAL	1.706,00	0,00	0,00	0,00	1.706,00
OUTRAS ENTIDADES					
RECOLH COMP ANT - VALOR OUT ENTID	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR A RECOLHER - OUTRAS ENTIDADES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL A RECOLHER	1.706,00	0,00	0,00	0,00	1.706,00

(*). Os valores de retenção, salário-família/salário-maternidade e compensação demonstrados são os efetivamente abatidos.

A DECLARAÇÃO DE DADOS CONSTANTES DESTA GFIP E DO ARQUIVO SEFIP CORRESPONDENTE A CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA, EQUIVALE A CONFISSÃO DE DÍVIDA DOS VALORES DELA DECORRENTES E CONSTITUI(EM) CRÉDITO(S) PASSÍVEL(IS) DE INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA, NA AUSÊNCIA DO OPORTUNO RECOLHIMENTO OU PARCELAMENTO, E CONSEQUENTE EXECUÇÃO JUDICIAL NOS TERMOS DA LEI No 6.830/80.

O EMPREGADOR/CONTRIBUINTE, RENUNCIANDO EXPRESSAMENTE A QUALQUER CONTESTAÇÃO QUANTO AO VALOR E PROCEDÊNCIA DESTA DECLARAÇÃO/DÍVIDA, ASSUME INTEGRAL RESPONSABILIDADE PELA EXATIDÃO DO MONTANTE DECLARADO E CONFESSADO, FICANDO, ENTRETANTO, RESSALVADO A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL O DIREITO DE APURAR, A QUALQUER TEMPO, A EXISTÊNCIA DE OUTRAS IMPORTANCIAS DEVIDAS NÃO INCLUÍDAS NESTE INSTRUMENTO, AINDA QUE RELATIVAS AO MESMO PERÍODO.

O EMPREGADOR/CONTRIBUINTE RECONHECE QUE A PRESENTE CONFISSÃO DE DÍVIDA NÃO OBRIGA A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL A EXPEDIR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA INEXISTÊNCIA DE DÉBITO, SALVO SE SEU CRÉDITO FOR GARANTIDO NA FORMA DOS ARTS. 258 E 259 DO REGULAMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, APROVADO PELO DECRETO 3.048, DE 12/05/1999, E ALTERAÇÕES POSTERIORES.



RELAÇÃO DE TOMADOR/OBRA - REI

EMPRESA: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
FPAS: 639 OUTRAS ENTIDADES: 0000

INSCRIÇÃO: 04.132.172/0001-70

Nº ARQUIVO: HZzVvleDlop0000-8

Nº CONTROLE: N3otcvHCT5x0000-2

SIMPLES: 1 ALIQ RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00 COD REC: 150 COMP: 03/2018

TOMADOR/OBRA : PROJETO CMAS
LOGRADOURO
R DINAMARCA 320

INSCRIÇÃO: 83.102.285/0001-07

Nº CONTROLE: GplvvVoQJEd0000-1

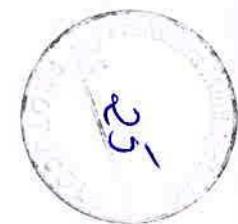
BAIRRO CIDADE CEP UF
CENTRO BALNEARIO CAMBORIU 88338900 SC

MODALIDADE : "Branco"-Declaração ao FGTS e à Previdência

VALORES PREVIDÊNCIA		VALORES FGTS - 8%	
REM SEM 13º SALÁRIO	8.530,00	REM SEM 13º SALÁRIO	0,00
REM BASE CALC 13º SAL	0,00	REM 13º SALÁRIO	0,00
		DEPÓSITO	0,00
		ENCARGOS FGTS	0,00
		CONTRIB SOCIAL	0,00
		ENCARGOS CONTRIB SOC	0,00
TOTAL TRABALHADORES	3	TOTAL TRABALHADORES	0

TOTAIS DO TOMADOR

VALORES PREVIDÊNCIA		VALORES FGTS - 8%	
REM SEM 13º SALÁRIO	8.530,00	REM SEM 13º SALÁRIO	0,00
REM BASE CALC 13º SAL	0,00	REM 13º SALÁRIO	0,00
CONTR SEGURADOS DEVIDA	1.706,00	DEPÓSITO	0,00
VAL DEVIDO PREV SOC	1.706,00	ENCARGOS FGTS	0,00
		CONTRIB SOCIAL	0,00
		ENCARGOS CONTRIB SOC	0,00
TOTAL TRABALHADORES	3	TOTAL TRABALHADORES	0



RESUMO - RELAÇÃO DE TOMADOR/OBRA - RET

EMPRESA: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
FPAS: 639 OUTRAS ENTIDADES: 0000

INSCRIÇÃO: 04.132.172/0001-70

Nº ARQUIVO: HZzVv1eDLop0000-8

Nº CONTROLE: N3otcvHCT5x0000-2

SIMPLES: 1 ALIQ RAT: 0,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00 COD REC: 150 COMP: 03/2018

TOTAIS DA EMPRESA

VALORES PREVIDÊNCIA		VALORES FGTS - 8%	
REM SEM 13º SALÁRIO	8.530,00	REM SEM 13º SALÁRIO	0,00
REM BASE CALC 13º SAL	0,00	REM 13º SALÁRIO	0,00
CONTR SEGURADOS DEVIDA	1.706,00	DEPÓSITO	0,00
VAL DEVIDO PREV SOC	1.706,00	ENCARGOS FGTS	0,00
		CONTRIB SOCIAL	0,00
		ENCARGOS CONTRIB SOC	0,00
TOTAL TRABALHADORES	3	TOTAL TRABALHADORES	0
		TOTAL A RECOLHER	0,00

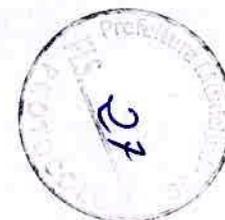


RELATÓRIO ANALÍTICO DE GPS

COMPETÊNCIA: 03/2018

EMPRESA	EMPRESA	OUTRAS ENT	INSCRIÇÃO DED FPAS	VALOR DA RETENÇÃO	OUTRAS ENTIDADES JUROS/MULTA	COD PAGIO TOTAL	FPAS REEMBOLSO
ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN			04.132.172/0001-70		0000	2305	639
1.706,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.706,00	0,00

OBSERVAÇÃO : PERCENTUAL DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA : 100,00 %

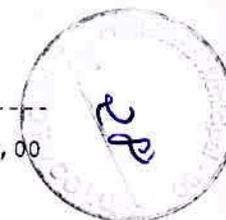


RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
COMP: 03/2018 COD REC:150 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES:1 RAT: 0,0 INSCRIÇÃO: 04.132.172/0001-70
TOMADOR/OBRA: PROJETO CMAS FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
INSCRIÇÃO: 83.102.285/0001-07

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	DEPÓSITO	CBO JAM
LEILANE GUIMARAES DE WERGENES			209.96610.97-3			13			05153
3.233,75	0,00		0,00	646,75				0,00	0,00
LUIZ JUNIOR ODY WEIS			203.44031.34-3			13			05153
2.062,50	0,00		0,00	412,50				0,00	0,00
THIARA SILVEIRA DE FREITAS			204.12942.81-4			13			05153
3.233,75	0,00		0,00	646,75				0,00	0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR
8.530,00 0,00 0,00 1.706,00 0,00 0,00



RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - TOMADOR DE SERVIÇOS/OBRA
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
COMP: 03/2018 COD REC:150 COD GPS: 2305
TOMADOR/OBRA: PROJETO CMAS

FPAS: 639

OUTRAS ENT:

SIMPLES: 1

RAT: 0,0

Nº DE CONTROLE: GplvvVoQJEd0000-1

Nº ARQUIVO: HZzVv1eDLop0000-8
INSCRIÇÃO: 04.132.172/0001-70
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
INSCRIÇÃO: 83.102.285/0001-07

LOGRADOURO: R 916 0

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: BALNEARIO CAMBORIU

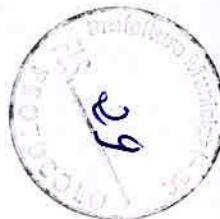
UF: SC

CEP: 88330-570

CNAE PREPONDERANTE 9430800

CNAE: 9430800

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13º	REMUNERAÇÃO 13º	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13º PREV SOC
13	3	8.530,00	0,00	8.530,00	0,00
TOTAIS:	3	8.530,00	0,00	8.530,00	0,00



RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
 TOMADOR DE SERVIÇOS/OBRA

EMPRESA: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
 COMP: 03/2018 COD REC:150 COD GPS: 2305
 TOMADOR/OBRA: PROJETO CMAS

FPAS: 639

OUTRAS ENT:

SIMPLES: 1

RAT: 0,0

Nº DE CONTROLE: GplvvVoQJEd0000-1

Nº ARQUIVO: HzzVvleDlop0000-8
 INSCRIÇÃO: 04.132.172/0001-70
 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
 INSCRIÇÃO: 83.102.285/0001-07

LOGRADOURO: R 916 0

BAIRRO: CENTRO

CNAE PREPONDERANTE 9430800

CIDADE: BALNEARIO CAMBORIU

UF: SC

CEP: 88330-570

TELEFONE: 0047 3366 3155

CNAE: 9430800

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	1.706,00	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	1.706,00
SALÁRIO FAMÍLIA:	0,00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0,00
SALÁRIO MATERNIDADE:	0,00	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0,00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0,00	COM PRODUÇÃO PJ:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0,00	COM PRODUÇÃO PF:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0,00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0,00

COMPENSAÇÃO

PERÍODO INICIAL:	PERÍODO FINAL:	VALOR SOLICITADO:	0,00
VALOR ABATIDO:	0,00 VALOR A COMPENSAR:	0,00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%:	0,00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98)

VALOR INFORMADO:	0,00	VALOR ABATIDO PELO SEFIP:	0,00	VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR:	0,00
------------------	------	---------------------------	------	------------------------------	------

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

15 ANOS:	0,00	20 ANOS:	0,00	25 ANOS:	0,00
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	0	I2:	0	I3:	0	I4:	0	J :	0	K :	0	L :	0	M :	0	N1:	0
N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0	P2:	0	P3:	0	Q1:	0	Q2:	0
Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	R :	0	S2:	0	S3:	0	U1:	0	U2:	0	U3:	0
V3:	0	W :	0	X :	0	Y :	0	Z1:	0	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	0	Z6:	0



RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
COMP: 03/2018 COD REC:150 COD GPS: 2305
TOMADOR/OBRA:

Nº DE CONTROLE: N3otcvHCT5x0000-2
FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 0,0

Nº ARQUIVO: HZzVv1eDLop0000-8
INSCRIÇÃO: 04.132.172/0001-70
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: R 916 0
CIDADE: BALNEARIO CAMBORIU

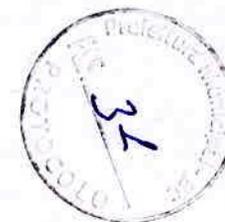
UF: SC

CEP: 88330-570

BAIRRO: CENTRO

CNAE PREPONDERANTE 9430800
CNAE: 9430800

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
13	3	8.530,00	0,00	8.530,00	0,00
TOTAIS:	3	8.530,00	0,00	8.530,00	0,00



RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
FGTS

EMPRESA: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
COMP: 03/2018 COD REC:150 COD GPS: 2305
TOMADOR/OBRA:

Nº DE CONTROLE: N3otcvHCT5x0000-2
FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 0,0

Nº ARQUIVO: HZzVv1eDLop0000-8
INSCRIÇÃO: 04.132.172/0001-70
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: R 916 0
CIDADE: BALNEARIO CAMBORIU

UF: SC CEP: 88330-570

BAIRRO: CENTRO

CNAE PREPONDERANTE 9430800
CNAE: 9430800

MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

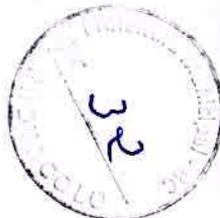
FGTS - 8%

REMUNERAÇÃO SEM 13º SALÁRIO
REMUNERAÇÃO 13º SALARIO

0,00
0,00

QUANTIDADE TRABALHADORES

0



RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
COMP: 03/2018 COD REC: 150 COD GPS: 2305
TOMADOR/OBRA:

Nº DE CONTROLE: N3otcvHCT5x0000-2
FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 0,0

Nº ARQUIVO: HZzVv1eDLop0000-8
INSCRIÇÃO: 04.132.172/0001-70
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 0,00
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: R 916 0
CIDADE: BALNEARIO CAMBORIU

UF: SC

CEP: 88330-570

BAIRRO: CENTRO
TELEFONE: 0047 3366 3155

CNAE PREPONDERANTE 9430800
CNAE: 9430800

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	1.706,00	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	1.706,00
SALÁRIO FAMÍLIA:	0,00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0,00
SALÁRIO MATERNIDADE:	0,00	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	100,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0,00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0,00	COM PRODUÇÃO PJ:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0,00	COM PRODUÇÃO PF:	0,00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0,00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0,00

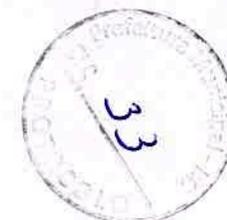
COMPENSAÇÃO			
PERÍODO INICIAL:	PERÍODO FINAL:	VALOR SOLICITADO:	0,00
VALOR ABATIDO:	0,00 VALOR A COMPENSAR:	0,00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%:	0,00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98)			
VALOR INFORMADO:	0,00 VALOR ABATIDO PELO SEFIP:	0,00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR:	0,00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA			
15 ANOS:	0,00	20 ANOS:	0,00
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	0
		25 ANOS:	0,00
		QUANTIDADE:	0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0 I1:	0 I2:	0 I3:	0 I4:	0 J :	0 K :	0 L :	0 M :	0 N1:	0
N2:	0 N3:	0 O1:	0 O2:	0 O3:	0 P1:	0 P2:	0 P3:	0 Q1:	0 Q2:	0
Q3:	0 Q4:	0 Q5:	0 Q6:	0 R :	0 S2:	0 S3:	0 U1:	0 U2:	0 U3:	0
V3:	0 W :	0 X :	0 Y :	0 Z1:	0 Z2:	0 Z3:	0 Z4:	0 Z5:	0 Z6:	0



 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/03/2018
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	04.132.172/0001-70
DARF ATENÇÃO Vencimento dia: 20 ABR. 2018 CONTABILIDADE SÉCULOS	04 CÓDIGO DA RECEITA	0588
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOCIAÇÃO AMOR PRA DOWN 4733633019	06 DATA DE VENCIMENTO	20/04/2018
CMAS	07 VALOR DO PRINCIPAL	102,46
DARF válido para pagamento até 20/04/2018 Domicílio tributário do contribuinte: BALNEARIO CAMBORIU	08 VALOR DA MULTA	0,00
NÃO RECEBER COM RASURAS	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
Auto Atendimento Versão 5.27.66.8039 - opção 1 - DLL versão 1.4	10 VALOR TOTAL	102,46

85640000001-9 02460064811-7 01041321720-8 00105888090-5

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/03/2018
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	04.132.172/0001-70
DARF ATENÇÃO Vencimento dia: 20 ABR. 2018 CONTABILIDADE SÉCULOS	04 CÓDIGO DA RECEITA	0588
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOCIAÇÃO AMOR PRA DOWN 4733633019	06 DATA DE VENCIMENTO	20/04/2018
CMAS	07 VALOR DO PRINCIPAL	102,46
DARF válido para pagamento até 20/04/2018 Domicílio tributário do contribuinte: BALNEARIO CAMBORIU	08 VALOR DA MULTA	0,00
NÃO RECEBER COM RASURAS	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
Auto Atendimento Versão 5.27.66.8039 - opção 1 - DLL versão 1.4	10 VALOR TOTAL	102,46

85640000001-9 02460064811-7 01041321720-8 00105888090-5

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Pagamento de outros convênios

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 18/04/2018 - BANCO DO BRASIL - 09.52.04
 0305000305

**AGENDAMENTO DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES**

CLIENTE: ASSOCIACAO AMOR PRA DOWN
 AGENCIA: 305-0 CONTA: 60.263-9

=====

AG. ARRECADADOR
 CNC 001 - 0305 - ITAJAI SC
 CODIGO DE BARRAS 85640000001 02460064811
 01041321720 00105888090

DATA DO PAGAMENTO 18/04/2018
 PERIODO DE APURACAO -----
 NUMERO DO CPF -----
 CODIGO DA RECEITA -----
 NUMERO DE REFERENCIA -----
 DATA DO VENCIMENTO -----
 RECEITA BRUTA ACUMULADA -----
 PERCENTUAL -----
 VALOR DO PRINCIPAL -----
 VALOR DA MULTA -----
 VALOR DOS JUROS -----
 VALOR TOTAL 102,46

Pagamento agendado.

Atenção: Esta transação está sujeita a avaliação de segurança e será processada após análise. O comprovante definitivo somente será emitido após a quitacao.

Assinada por J5767022 MARCOS ANTONIO COSTA
 JA595175 CLAYTON S SILVA

18/04/2018 09:48:31
 18/04/2018 09:52:04

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JA595175 CLAYTON S SILVA.

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

Março, 2018

1 Descrição de Atividades

Devolutivas PADU e PAF: Realizou-se de 05 a 09 de março as devolutivas do Planejamento Anual de Desenvolvimento do Usuário (PADU), juntamente com o Plano de Acompanhamento Familiar (PAF). As devolutivas foram realizadas individualmente, com a equipe interdisciplinar. O PADU corresponde aos objetivos e planos de trabalho para serem conquistados ao longo do ano corrente. O PAF (anexo 1) é embasado pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, cujo objetivo é analisar os direitos garantidos e os direitos a serem fortalecidos, orientando as famílias a como garanti-los ou mantê-los. Todos os usuários foram encaminhados para os CRAS de seus territórios, bem como a serviços como o projeto Oficinas.

Para os usuários do Grupo de Jovens e Adultos, o Planejamento Anual contou com instrumentos da Universidade de Salamanca/Espanha, a fim de produzir com maior qualidade os serviços prestados ao nosso público. Foram utilizadas as Escala de ARC-INICO de Avaliação da Autodeterminação, Escala de San Martín - Avaliação da Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência e a Medida de Independência Funcional. Os instrumentos vão além de instrumentos de medidas, pois estão fundamentados em fundamentos teóricos e pesquisas que visam o máximo de desempenho da pessoa com deficiência. De maneira atual e ética, as escalas se sustentam nos princípios da inclusão, da autodeterminação e da qualidade de vida.

Escala de San Martín - Avaliação da Qualidade de Vida de Pessoas com Deficiência

A Escala de San Martín é um instrumento que responde fielmente às abordagens da aplicação integral da qualidade de vida, que se tornou o principal quadro de referência conceitual e de avaliação para promover melhorias na vida das pessoas com deficiência e, portanto, no exercício de seus direitos a uma vida digna.

Segundo seus criadores, esta é a primeira escala construída na arena internacional para avaliar a qualidade de vida de pessoas com deficiências significativas que possuem propriedades psicométricas adequadas e provas suficientes de validade e confiabilidade. O uso da escala permitirá que profissionais e organizações ultrapassem as opiniões para se

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida Municípios - Balneário Camboriú, SC- CEP 88337-315
Fone: 47 3366 3155
E-mail: contatobc@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0001-70

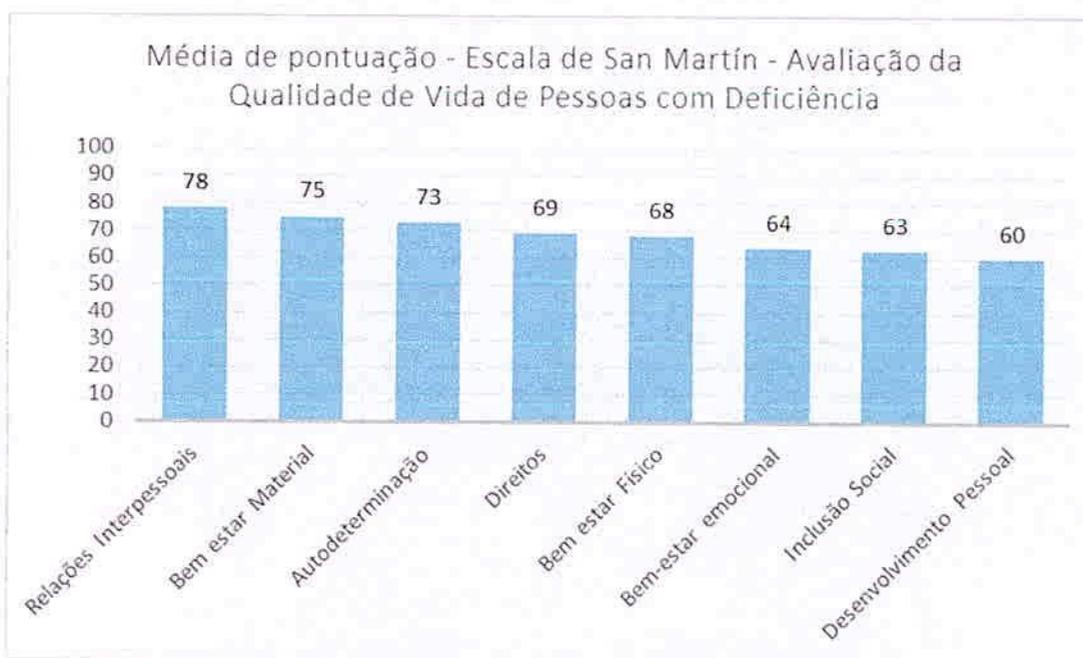
UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, 190 Fazendinha, Itajaí-SC CEP 88306-140
Fone: 47 3083 4155
E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0002-50

concentrar em dados que refletem os resultados pessoais dos usuários de seus serviços e programas (INICO, 2014).

A Escala de San Martín analisou 8 dimensões que compõem a qualidade de vida, a saber: Relações interpessoais, Bem-estar material, Auto-determinação, Direitos, Bem-estar físico, Inclusão social, Bem-estar emocional, Desenvolvimento pessoal. Esta escala foi respondida por cuidadores e responsáveis dos usuários.

Abaixo do gráfico, seguem explicações do que equivale cada dimensão.



Fonte: média de pontuação dos participantes do Grupo de Jovens e Adultos.

- **Relações interpessoais:** Relações familiares; relações sociais; comunicação.
- **Bem-estar material:** Posses; renda; condições de habitação; condições do local onde vive; auxílios técnicos.
- **Auto-determinação:** opiniões e preferências pessoais; autonomia; decisões e eleições.
- **Direitos:** Conhecimento de direitos; intimidade; privacidade; confidencialidade; respeito.
- **Bem-estar físico:** alimentação; exercícios físicos; higiene; mobilidade; medicações; atenção sanitária; sexualidade.
- **Inclusão social:** Inclusão, participação e apoios.

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida Municípios - Balneário Camboriú, SC- CEP 88337-315
 Fone: 47 3366 3155
 E-mail: contatobc@amorpradown.org
 CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, 190 Fazendinha, Itajaí-SC CEP 88306-140
 Fone: 47 3083 4155
 E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
 CNPJ 04.132.172/0002-50

- **Bem-estar emocional:** Satisfação com a vida; autoconceito; ausência de estresse, sentimentos negativos ou problemas de comportamento; segurança básica; comunicação de emoções.
- **Desenvolvimento pessoal:** Enriquecimento pessoal; aprendizagens; habilidades e capacidades; motivação.

Escala de ARC-INICO de Avaliação da Autodeterminação

O conceito de autodeterminação e suas implicações na infância, na adolescência e na vida adulta aparecem com força crescente em pesquisa e serviços para pessoas com deficiência devido à relevância para todos os indivíduos da expressão e o exercício do direito à autodeterminação.

Autodeterminação significa promover oportunidades que permitam que pessoas com deficiência tenham o poder de falarem por si próprias, de tomar decisões sobre a sua vida e de solicitar os serviços de apoio que considerem necessários para poderem viver de forma independente nos ambientes familiar, social, profissional e cultural.

Considera-se a autodeterminação como a porta de entrada à sociedade, que vislumbra o acesso a novos conceitos sobre as pessoas com deficiência e a possibilita formar novos conceitos sobre si mesma e sobre as diversas formas de Ser.

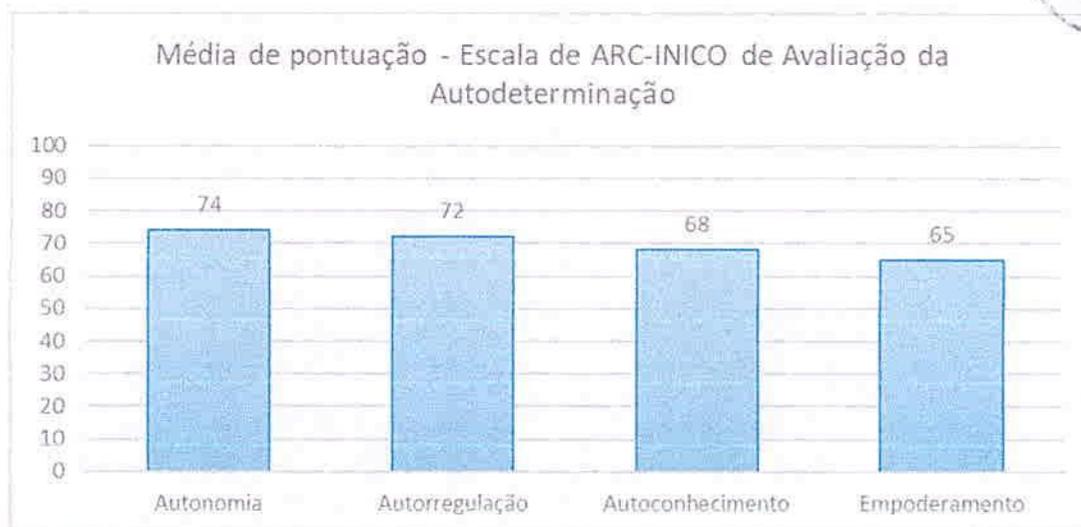
Desse modo, esta escala foi respondida pelos usuários participantes do Grupo de Jovens e Adultos. É necessário mencionar a possibilidade de incompreensão de algumas perguntas, por parte dos usuários. Entretanto, incongruências de respostas também são dados analisados na composição deste planejamento, principalmente para a elaboração das atividades que serão aplicadas nos encontros do grupo.

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida Municípios - Balneário Camboriú, SC- CEP 88337-315
Fone: 47 3366 3155
E-mail: contatobc@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, 190 Fazendinha, Itajaí-SC CEP 88306-140
Fone: 47 3083 4155
E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0002-50



Fonte: média de pontuação dos participantes do Grupo de Jovens e Adultos.

A escala de Autodeterminação é composta pelas seguintes dimensões:

- **Autonomia:** é entendida como independência funcional e capacidade para agir e escolher, tendo como base suas preferências, em diferentes contextos. Envolve a capacidade de refletir, planejar e atuar de acordo com seus desejos e preferências.
- **Autorregulação:** trata da capacidade de planificar e estabelecer metas e o gerenciamento de estratégias de auto-avaliação pessoal.
- **Empoderamento:** avalia as expectativas de controle e eficácia e a expressão de condutas de auto-defesa e auto-representação nos sujeitos que responderam a escala.
- **Autoconhecimento:** Refere-se ao conhecimento que o sujeito tem de suas capacidades e dificuldades, assim como a valorização pessoal que faz de si mesmo.

Reunião com a Rede intersetorial: No dia 19 de março realizou-se reunião com a secretaria de educação com a participação da coordenadora técnica Jessica Pereira Cardozo e psicóloga Leilane Guimarães de Wergenes para tratar de assuntos relativos a escolarização de 6 usuários da instituição, envolvendo dificuldades de aprendizado e dificuldades da relação entre alunos e professores.

Oficina com usuários acompanhados: O Grupo de jovens e adultos iniciou as atividades coletivas. Foram dois encontros realizados nos dias 20/03 e 27/03. Participaram 9 pessoas com

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida Municípios - Balneário Camboriú, SC- CEP 88337-315
Fone: 47 3366 3155
E-mail: contatobc@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, 190 Fazendinha, Itajaí-SC CEP 88306-140
Fone: 47 3083 4155
E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0002-50

síndrome de Down. Foram discutidos os assuntos: dia internacional da síndrome de Down, participaram da reportagem sobre o dia 21 veiculada na rede de televisão TVE. Nos encontros elaboraram uma história sobre ciclos de vida (ESCOLA, CIDADE, PASSAGENS MARCANTES DA VIDA) e elaborado as regras do grupo.

Inclusão social por meio do esporte

Ainda em comemoração ao dia 21 de março, os usuários e familiares da AAPD participaram do campeonato de surf no dia 25/03, em parceria a Associação de Surf da Praia do Atalaia.

Figura 1 – Imagem do cartaz de divulgação do evento de surf



Figura 2 – Abertura do VI Seminário estadual sobre Síndrome de Down na ALESC

A AAPD, em parceria com a ALESC, organizou o VI Seminário Estadual e a V Jornada de Atualização em Síndrome de Down, realizado em Florianópolis, na Assembleia Legislativa do estado de Santa Catarina em alusão ao dia 21/03 (programação anexa). Entre os temas de maior relevância esteve o que abordou a Autogestão e o mundo do trabalho.

Destaca-se que a coordenadora técnica da Amor pra Down moderou a mesa de debates sobre trabalho e vida adulta, em que participaram 2 mulheres com síndrome de Down.

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida Municípios - Balneário Camboriú, SC- CEP 88337-315
Fone: 47 3366 3155
E-mail: contatobc@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, 190 Fazendinha, Itajaí-SC CEP 88306-140
Fone: 47 3083 4155
E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0002-50



Figura 3 – Registro dos usuários da Amor pra Down no VI Seminário na ALESC



UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida Municípios - Balneário Camboriú, SC- CEP 88337-315
Fone: 47 3366 3155
E-mail: contatobc@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, 190 Fazendinha, Itajaí-SC CEP 88306-140
Fone: 47 3083 4155
E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0002-50

Figura 7 – Entrega de homenagem à Associação Amor pra Down pelos seus 18 anos. Reconhecimento da importância de seus trabalhos de defesa de direitos da pessoa com síndrome de Down.



Atendimento Individual: Foram atendidos 4 usuários da instituição, em encontros semanais, com o mesmo foco do mês anterior, ou seja, comportamentos dos usuários, na qual trabalhase de forma dinâmica e com técnicas específicas para cada indivíduo. Pontua-se a família e a escola para que juntos trabalhem de forma efetiva.

Visita e Atendimento domiciliar: neste mês não foram realizadas visitas e atendimentos domiciliares em função da assistente social estar em cuidados com a gestação de seu primeiro filho.

Atendimento familiar: Atualmente, são atendidas 28 famílias na Instituição, dos quais os atendimentos ocorrem semanalmente e tem como intuito acolher e orientar as famílias dos usuários da AAPD, além de enfatizar aos familiares a importância das estimulações elaboradas pelos demais profissionais como um alicerce para o desenvolvimento do usuário. Aplicou-se a escala de qualidade de vida familiar da universidade de Salamanca, Espanha (modelo anexo).

Foram 53 atendimentos a essas famílias.

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida Municípios - Balneário Camboriú, SC- CEP 88337-315
Fone: 47 3366 3155
E-mail: contatobc@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAI

Rua Leonardo Teto, 190 Fazendinha, Itajaí-SC CEP 88306-140
Fone: 47 3083 4155
E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0002-50

Reunião com grupos de usuários dos CRAS:

Reunião Espaço Cidadania: Reunião realizada para apresentar o trabalho socioassistencial da Associação Amor pra Down para a equipe técnica e coordenadora do serviço, bem como estudo de caso de 3 usuários da instituição.

Quadro resumo: metas do plano de aplicação

Atividades a serem executadas	Unidade	Quantidade prevista	Atividades executadas Março/2018	% executado
Oficina com usuários acompanhados	Oficina mensal	01	03	300%
Atendimento individual	Atendimento Semanal	20	03	15%
Atendimento familiar	Atendimento mensal	30	53	177%
Oficina com famílias	Oficina mensal	01	01	100%
Atividades comunitárias	Atividade mensal	08	08	100%
Visita e atendimento domiciliar	Atendimento Mensal	10	4	40%
Reunião com grupos usuários do CRAS	Grupo anual	12	2	17%
Reunião com a rede intersetorial	Reunião mensal	06	05	83%

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida Municípios - Balneário Camboriú, SC- CEP 88337-315
 Fone: 47 3366 3155
 E-mail: contatobc@amorpradown.org
 CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, 190 Fazendinha, Itajaí-SC CEP 88306-140
 Fone: 47 3083 4155
 E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
 CNPJ 04.132.172/0002-50



amor
pra
down



REFERÊNCIAS

Verdugo Alonso, Miguel Ángel; Vicente Sánchez, Eva; Gómez Vela, María; Fernández Pulido, Ramón; Wehmeyer, Michael L.; Badía Corbella, Marta; González Gil, Francisca; Calvo Álvarez, María Isabel. **Escala ARC-INICO de Evaluación de la Autodeterminación**: Manual de aplicación y corrección. Colección Herramientas 8/2014. Salamanca: INICO, 2014.

Verdugo Alonso, Miguel Ángel; Gómez Sánchez, Laura Elisabet; Arias Martínez, Benito; Santamaría Domínguez, Mónica; Navallas Echarte, Ester; Fernández, Sonia; Hierro, Irene. **Escala de San Martín**: Versão Portuguesa. Avaliação da qualidade de vida de pessoas com dificuldades significativas. ISBN / ISSN: 978-84-697-0148-5. Santander: Fundación Obra San Martín, INICO, 2014.

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida Municipios - Balneário Camboriú, SC- CEP 88337-315
Fone: 47 3366 3155
E-mail: contatobc@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, 190 Fazendinha, Itajai-SC CEP 88306-140
Fone: 47 3083 4155
E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0002-50

PLANO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Nome do usuário:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Data de aplicação:

Idade:

Trabalha: () Sim () Não

Dados do respondente:

O Plano de Acompanhamento Familiar esta embasado na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015, onde visa:

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Direitos garantidos	Ações	Direitos a serem fortalecidos	Ações
Vida			
Habilitação e Reabilitação			
Saúde			
Educação			

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida, Municípios, Balneário Camboriú - SC- CEP 88337-315
Fone: 47 3366 3155
E-mail: contatobc@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, Fazendinha, Itajaí- SC - CEP 88306-140
Fone: 47 3083 4155
E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0002-50

Moradia			
Trabalho			
Assistência Social			
Previdência Social			
Cultura			
Esporte			
Turismo e Lazer			
Transporte e Mobilidade			

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

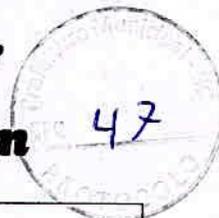
Sexta Avenida, Municípios, Balneário Camboriú - SC- CEP 88337-315
 Fone: 47 3366 3155
 E-mail: contatobc@amorpradown.org
 CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, Fazendinha, Itajaí- SC - CEP 88306-140
 Fone: 47 3083 4155
 E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
 CNPJ 04.132.172/0002-50



amor
pra
down



Indicadores e Monitoramentos		Observação	

UNIDADE BALNEÁRIO CAMBORIÚ

Sexta Avenida, Municipios, Balneário Camboriú - SC- CEP 88337-315
Fone: 47 3366 3155
E-mail: contatobc@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0001-70

UNIDADE ITAJAÍ

Rua Leonardo Teto, Fazendinha, Itajaí- SC - CEP 88306-140
Fone: 47 3083 4155
E-mail: contatoitajai@amorpradown.org
CNPJ 04.132.172/0002-50

Viver com Independência

APRENDER ATUALIZAR MULTIPLICAR

VI Seminário Estadual e V Jornada de Atualização em

SÍNDROME DE DOWN

21 de Março

Assembleia Legislativa Florianópolis



Realização:

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Escola Legislativa

COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

CABINETE DO DEPUTADO JOVIL MILITON SCHEFFER

Organização: Apoio:



Programação

07:30 - Recepção e credenciamento

08:00 - Cerimonial de abertura

08:30 - 10:30 - Palestra: Métodos dos Dedinhos: auxiliar no desenvolvimento de fala, linguagem e alfabetização de crianças com Síndrome de Down.

Palestrante: Fonoaudióloga Erika Campos, Curitiba/PR

10:30 - 12:30 - Palestra: Integração Sensorial e Síndrome de Down I

Palestrante: Terapeuta Ocupacional Adriana Leister, Belo Horizonte/MG

12:30 - 14:00 - Intervalo para Almoço

13:30 - 14:00 - Apresentação artístico-cultural

Vionilista Florença Sanfelice

14h00 - 15h00 - Palestra: Integração sensorial e Síndrome de Down II

Palestrante: Terapeuta Ocupacional Adriana Leister, Belo Horizonte/MG

15:00 - 16:30 - Palestra: Autogestão e trabalho

Palestrante: Assistente Social Juliana Righini, São Paulo/SP

16:30 - 17:30 - Roda de conversa: Formação e trabalho

Pós graduada em Educação Infantil e Assistente Administrativa, Ana Carolina Fruit

Tecnóloga em Dança e Violinista, Florença Sanfelice

17:30 - Considerações finais

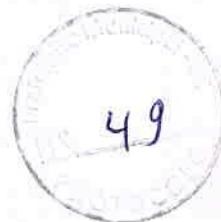
Palestrante: Terapeuta Ocupacional Adriana Leister, Belo Horizonte/MG

18:00 - Encerramento

Inscrições -

<http://escola.alesc.sc.gov.br/evento>





ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA FAMILIAR

Para famílias de pessoas com
deficiência

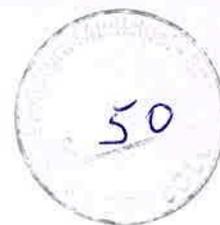
QUESTIONÁRIO
Versão 1

VERSÃO ORIGINAL

**Beach Center University of Kansas
2001**

ADAPTAÇÃO PARA COLOMBIA

**L. Córdoba, M.A. Verdugo y J. Gómez
INICO, Universidad de Salamanca
2011**



SEÇÃO 1ª: INFORMAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA



1- INFORMAÇÃO GERAL

1.1. Tipo de domicílio onde vive a pessoa com deficiência

Habitação familiar Instituição

1.2. Se sua família participa de alguma instituição para pessoas com deficiência, escreva:

Nome da instituição: _____

Cidade: _____ Localização: _____

2 - INFORMAÇÃO SOBRE VOCÊ

2.1. Qual é seu gênero?

Masculino Feminino

2.2. Em que ano você nasceu?

--	--	--	--

2.3. Que tipo de parentesco une você a pessoa com deficiência?

Pai/mãe Irmão/a Outro parentesco (Especificar) _____

2.4. Quantos habitantes tem sua cidade, aproximadamente?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de 200.000 habitantes | <input type="checkbox"/> Entre 200.000 e 500.000 habitantes |
| <input type="checkbox"/> Entre 600.000 e 1.000.000 habitantes | <input type="checkbox"/> Entre 1.000.000 e 2.000.000 habitantes |
| <input type="checkbox"/> Entre 3.000.000 e 4.000.000 habitantes | <input type="checkbox"/> Mais de 4.000.000 habitantes |



2.5. Qual seu estado civil?

- Viúvo Casado Solteiro Divorciado Separado Outros

2.6. Qual é sua situação de trabalho?

- Trabalho tempo integral
 Trabalho tempo parcial
 Desempregado, mas buscando trabalho
 Inativo (por exemplo, atende à trabalhos de casa, pensionado, pessoa com deficiência)

2.7. Em que trabalha? (Especificar) _____

2.8. Qual é seu nível educacional?

- Sem estudos Bacharelado ou estudos secundários
 Estudos Primários Estudos superiores (técnico ou tecnológico, universitário, pós-graduação...)

2.9. Pessoas que vivem no mesmo lugar, inclusive você.

1.	Mamãe	
2.	Papai	
3.	Irmãos/as	
4.	Parceiro(a)	
5.	Filho(s)	
6.	Outros. Quais? _____	

2.10. Quais são as rendas mensais no seu lugar, tendo em conta todas as pessoas que vivem no mesmo lugar? Assegure-se de incluir as rendas de todas as fonts (Como pensões ou apoio à pessoa com deficiência).

- Menos de um salário mínimo legal vigente
 Um salário mínimo legal vigente
 Entre dois e três salários mínimos leais vigentes
 Entre quatro e cinco salários mínimos legais vigentes
 Mais de cinco salários mínimos legais vigentes

2.11. Com que frequência convive com seu familiar com deficiência?

- Finais de semana
 Diariamente
 Outra. Qual?: _____

3 - INFORMAÇÃO SOBRE A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

3.1. Quantas pessoas com deficiência tem em sua família? _____

3.2. Que tipo de serviço tem seu familiar com deficiência?

- Serviço de Educação
- Serviço de Saúde
- Emprego apoiado
- Formação de artesanato
- Emprego comum
- Formação artística
- Formação comercial
- Outros. Quais ?

3.3. Em que ano nasceu seu familiar com deficiência?

--	--	--	--

3.4. Qual é o nível de deficiência de seu familiar?

- Leve
- Moderada
- Severa
- Profunda
- Desconhecida

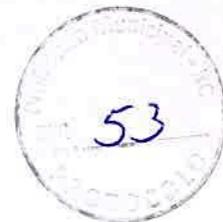
3.5. Seu familiar apresenta problemas graves de comportamento que afetam o funcionamento nas tarefas diárias?

SIM → por favor especifique qual _____

NÃO

3.6. Indique a natureza da principal deficiência de seu familiar: (Por favor **MARQUE SOMENTE UMA**)

- Transtorno de déficit de atenção ou transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
- Transtorno do espectro autista
- Atraso do desenvolvimento ou deficiência desde a infância
- Transtorno emocional ou de conduta
- Deficiência auditiva, incluindo surdez
- Deficiência de aprendizagem
- Deficiência intelectual
- Deficiência física
- Deficiência da fala ou lingual
- Trauma crâneo encefálico
- Deficiência visual, incluindo cegueira
- Deficiência de saúde (por favor especifique) _____
- Outra deficiência (por favor especifique)
- Sem diagnóstico específico



3.7. Você tem alguma deficiência diferente da principal? Por favor, indique qual.

3.8. Qual é o estado civil do seu parente com deficiência??

- Viúvo Divorciado Separado
 Casado Solteiro Outros

3.9. Qual é a situação de emprego de seu familiar com deficiência??

- Trabalho em tempo integral Desempregado mas buscando trabalho
 Trabalho em tempo parcial Inativo (por exemplo, atende trabalho doméstico, pensão)
 Trabalha em algum período do ano

3.10. Qual é o maior nível de escolaridade alcançado por seu familiar com deficiência??

- Sem estudos Bacharelado ou estudos secundários
 Estudos primários Estudos universitários

SEÇÃO 2ª: APOIOS E SERVIÇOS

- A. Por favor, conte-nos sobre o tipo de serviços que seu membro da família com deficiência precisa e recebe.

Da lista de serviços a seguir INDIQUE...	Se a sua família precisa disso atualmente		Em caso afirmativo, qual a quantidade de serviço que você recebe?		
	NÃO	SIM	Nenhum	Algum, mas não suficiente	Suficiente
1. Equipamento especial para ajudar o seu familiar com deficiência a viver, aprender e crescer (auxílio técnico e de comunicação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Serviços de saúde (avaliações médico, nutricional, enfermagem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Serviços de audição e/ou visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fisioterapia ou terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Serviços de fala ou linguagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Serviços de educação especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Serviços de orientação e psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Suporte comportamental (modificação de condutas problemáticas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Serviços de transporte e mobilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Treinamento de habilidades de autocuidado (exemplo: ajuda no vestido ou uso do banheiro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Coordenação entre diferentes serviços (equipe interdisciplinar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Serviços de orientação vocacional ou profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Serviços de emprego ou treinamento para emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Outros (descreva-os):					



B. Por favor, conte-nos sobre o tipo de serviços que sua família precisa e recebe.

Da lista de serviços a seguir INDIQUE ...	Se a sua família precisa disso atualmente		Em caso afirmativo, qual a quantidade de serviço que você recebe?		
	NÃO	SIM	Nenhum	Algum, mas não suficiente	Suficiente
Serviços para sua família					
15. Uma pessoa da família ou externa que os substitui no cuidado da pessoa com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cuidador da pessoa com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dinheiro para ajudar a pagar por serviços ou apoios necessários para o membro da família com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Serviços de ajuda à manutenção da casa, apoio doméstico (empregado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Grupos de apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Orientação em relação a atenção à deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Apoio aos irmãos da pessoa com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Treinamento para pais ou família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Informações específicas sobre a deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Informações sobre onde obter serviços para o seu familiar com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Informações sobre onde conseguir serviços para sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Informações sobre direitos legais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Outros (descreva-os):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEÇÃO 3ª: QUALIDADE DE VIDA FAMILIAR
VERSÃO 1

INSTRUÇÕES

Esta escala nos servirá para construir juntos o mapa de qualidade de vida da família, no que encontraremos todos aqueles aspectos que fazem forte a família e aqueles que são necessários fortalecer, para que a família tenha uma melhor qualidade de vida.

Sua "família" pode incluir muita gente: mãe, pai, marido/esposa, filhos, tios, tias, avós, etc... Para responder esta escala, por favor inclua as pessoas consideradas parte de sua família (eles podem ou não estar relacionados por laços sanguíneos ou legais), e **que apoiam e cuidam um ao outro regularmente**.

Para este questionário, por favor NÃO pense sobre parentes (família extensa) que se relacionam com sua família de vez em quando.

Como as vidas das famílias experimentam mudanças ao longo do tempo, por favor, conforme você completa o questionário, pense sobre o que aconteceu na vida da sua família nos **últimos seis meses**.

Nesta escala, existem duas partes: Importância e Satisfação.

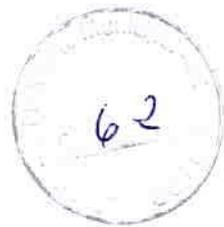
✳ **Importância:** À medida que você lê as frases no lado esquerdo da página, atravesse o retângulo para mostrar o quão importante isso é para você. Se você cruzar o primeiro retângulo (número 1), isso significa que você acha que essa afirmação é apenas sem importância. Se você atravessar o quinto retângulo (5), isso significa que você acha que a afirmação é de importância crucial (vital, fundamental para a vida de sua família).

✳ **Satisfação:** Agora, cruze o retângulo para indicar quão satisfeito você está. Se você atravessar o primeiro retângulo (1), isso significa que você está muito insatisfeito. Se você atravessar o último retângulo (5), isso significa que você está muito satisfeito.

Agora veremos o exemplo a seguir..

PARA MINHA FAMÍLIA TER UMA BOA VIDA JUNTOS									
Quão importante é...					Quão satisfeito eu estou com isso...				
Sem importância	Pouco importante	Média importância	Muito importante	Crucialmente importante	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Minha família vive em uma casa limpa.									

Sobre a importância da questão, Maria cruzou o quarto retângulo abaixo da importância, porque ela acha que ter uma casa limpa é muito importante (4), mas não tem uma importância crucial. Sobre a questão da satisfação, ela atravessou o segundo retângulo porque sua família não tem tempo nem a ajuda para manter a casa limpa como ela gostaria e isso a incomoda de alguma maneira (2).



ANEXO CdVF Perguntas complementares para famílias de pessoas com deficiência com mais de 45 anos.

A.1. Perguntas Gerais

Indique seu **NÍVEL DE ACORDO** com as seguintes afirmações tendo em conta que:
Se marca o 1 está dizendo que está **TOTALMENTE EM DESACORDO**.
Se marca o 2 está dizendo que está **DISCORDA DE ALGO**.
Se marca o 3 está dizendo que está **DE ACORDO**.
Se marca o 4 está dizendo que está **TOTALMENTE DE ACORDO**.

	1	2	3	4
Sinto que deveria fazer mais do que o que faço para o meu familiar com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu dedico ao membro da minha família com deficiência o tempo todo que ele precisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conto com a formação para atender às necessidades do meu membro da família com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sinto que meu membro da família com deficiência depende de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Eu sinto que minha saúde se regrediu por cuidar do meu familiar com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não poderei cuidar do meu membro da família com uma deficiência por muito mais tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me sinto muito sobrecarregado por ter que cuidar do meu familiar com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gostaria que a vida social do membro da minha família com deficiência fosse mais ativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto medo pelo futuro que aguarda o meu familiar com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique seu **NÍVEL DE SATISFAÇÃO** com as seguintes afirmações tendo em conta que:
Se marca o 1 está dizendo que está **TOTALMENTE INSATISFEITO**.
Se marca o 2 está dizendo que está **INSATISFEITO**.
Se marca o 3 está dizendo que está **BASTANTE SATISFEITO**.
Se marca o 4 está dizendo que está **TOTALMENTE SATISFEITO**.

	1	2	3	4
Estou satisfeito com a educação que o membro da minha família com deficiência recebeu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com os apoios que recebo como cuidador do meu familiar com deficiência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Estou satisfeito com os apoios que o meu familiar com deficiência está recebendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho uma vida social satisfatória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**ANEXO
CdVF**

*Perguntas complementares para famílias de pessoas com
deficiência com mais de 45 anos.*

A.2. Você recebe algum tipo de apoio externo para ajudá-lo com as tarefas domésticas?

Sim

Não

Se você marcou **SIM**, indique o tipo de relação:

Familiar

Vizinho o amigo

Empregada

Outros (especificar): _____

A.3. Recebe algum tipo de apoio externo para seu próprio cuidado ou do seu cônjuge?

Sim

Não

Se você marcou **SIM**, indique o tipo de relação:

Familiar

Vizinho o amigo

Empregada paga por você

Outros (especificar): _____

Serviço doméstico

A.4. Recebe algum tipo de apoio externo no cuidado de seu familiar?

Sim

Não

Se você marcou **SIM**, indique o tipo de relação:

Familiar

Vizinho o amigo

Empregada paga por você

Outros (especificar): _____

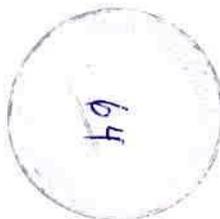
Serviço doméstico

MAPA DE QUALIDADE DE VIDA FAMILIAR

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito satisfeito
Sem importância	Interação					
	Rolo parental					
	Saúde/Segurança					
	Recursos					
Pouco importante	Apoio à deficiência					
	Interação					
	Rolo parental					
	Saúde/Segurança					
Média importância	Recursos					
	Apoio à deficiência					
	Interação					
	Rolo parental					
Muito importante	Saúde/Segurança					
	Recursos					
	Apoio à deficiência					
	Interação					
Crucialmente importante	Rolo parental					
	Saúde/Segurança					
	Recursos					
	Apoio à deficiência					

FAMÍLIA: _____

Data: _____





ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

AMOR PRA DOWN 18 ANOS

Nosso reconhecimento a importância da Associação
Amor Pra Down que ao longo dos seus 18 anos
colabora para o bem estar e a independência
das pessoas com Síndrome de Down


José Milton Scheffer
Deputado Estadual

