



Câmara Municipal de Ibitinga

Estado de São Paulo

Avenida Dr. Victor Maida, nº 563 – Centro – Ibitinga (SP) – Fone (16) 3352-7840 – CEP 14940-097
Site: www.ibitinga.sp.leg.br / E-mail: informacao@camaraibitinga.sp.gov.br

EMENDA IMPOSITIVA Nº 62 AO PLO Nº 131/2024

Tipo: EMENDA IMPOSITIVA

1. Fica incluído ao PLO nº 131/2024 a emenda Impositiva que segue.

Justificativa: Em conformidade com a legislação vigente, atendendo a necessidade da entidade, conforme segue documentação, apresentamos esta EMENDA IMPOSITIVA, para ser incluída ao orçamento do próximo ano.

Sala das Sessões, em 13 de novembro de 2024.

DANIELA C. S. BRANCO DE ROSA
Vereadora - UNIÃO

MURILO CAVALHEIRO BUENO
Vereador – PODE

ALLINY SARTORI
Vereadora – MDB

JANAÍNA BASTOS
Vereadora – PL





Câmara Municipal de Ibitinga

Estado de São Paulo

Avenida Dr. Victor Maida, nº 563 – Centro – Ibitinga (SP) – Fone (16) 3352-7840 – CEP 14940-097
Site: www.ibitinga.sp.leg.br / E-mail: informacao@camaraibitinga.sp.gov.br

Projeto de Lei nº:	131/2024			
Tipo de Emenda:	IMPOSITIVA			
Autoria Coletiva:	Daniela Cristina Souza Branco de Rosa, Murilo Cavalheiro Bueno, Alliny Fernanda Sartori Padalino Rogério e Janaína Zambusi Nogueira Bastos			
Justificativa: O propósito da presente emenda impositiva é contribuir com recursos próprio para o custeio das despesas a serem utilizados no atendimento aos pacientes com câncer, atendidos pelo Grupo de Apoio ao Portador de Câncer(GACCI) do nosso Município de Ibitinga, no exercício programa 2025, conforme Plano de Trabalho anexado a esta emenda.				
Resumo da Emenda				
Valor das dotações por Vereador Propositor	R\$ 20.000,00 - Valor da Vereadora - Daniela Cristina Souza Branco de Rosa; R\$ 10.641,25 - Valor do Vereador - Murilo Cavalheiro Bueno; R\$ 10.000,00 - Valor da Vereadora - Alliny Fernanda Sartori Padalino Rogério; R\$ 10.000,00 - Valor da Vereadora - Janaína Zambusi Nogueira Bastos;			
Valor Total Aumentado de Dotações	R\$ 50.641,25			
Marcar com um "X" a situação do crédito orçamentário:				
CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO:	Novo:		Suplementado:	X
Identificação do crédito orçamentário	Código	Nome		
Órgão:	02	PODER EXECUTIVO		
Unidade Orçamentária:	01	SECRETARIA DE GOVERNO		
Função:	10	SAÚDE		
Subfunção:	244	ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA		
Programa:	0004	PROMOÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE UNIVERSAIS E INTEGRADOS		
Ação:	3065	SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE NÃO-AMBULATORIAL		
Localizador do Gasto:	-	-----		
Natureza da Despesa:	3.3.50.39	OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA		
Emenda (+):	R\$	50.641,25		
CRÉDITO ORÇAMENTÁRIO REDUZIDO:				





Câmara Municipal de Ibitinga

Estado de São Paulo

Avenida Dr. Victor Maida, nº 563 – Centro – Ibitinga (SP) – Fone (16) 3352-7840 – CEP 14940-097
Site: www.ibitinga.sp.leg.br / E-mail: informacao@camaraibitinga.sp.gov.br

Identificação do crédito orçamentário	Código	Nome
Órgão:	02	PODER EXECUTIVO
Unidade Orçamentária:	90	RESERVA DE CONTINGÊNCIA
Função:	99	RESERVA DE CONTINGÊNCIA
Subfunção:	999	RESERVA DE CONTINGÊNCIA
Programa:	2999	RESERVA DE CONTINGÊNCIA
Ação:	0999	RESERVA DE CONTINGÊNCIA
Natureza da Despesa:	9.9.99.99	RESERVA DE CONTINGÊNCIA
Emenda (-):	R\$	50.641,25

Daniela Cristina Souza Branco de Rosa;
Vereadora

Murilo Cavalheiro Bueno
Vereador

Alliny Fernanda Sartori Padalino Rogério
Vereadora

Janaína Zambusi Nogueira Bastos
Vereadora





Ibitinga, 08 de Novembro de 2024.

Ofício n.º 11/2024.

Exmo. Vereadores:

Daniela Cristina Souza Branco e Rosa
Murilo Cavalheiro Bueno
Janaina Zambusi Nogueira Bastos
Alliny Fernanda Sartori Padalino Rogério

Câmara Municipal da Estancia Turística de Ibitinga/SP

**Assunto: Alteração no valor do Projeto “Mãos Que Acolhem”, OFÍCIO N.º 10, protocolado
dia 06/11/2024 às 14:05 – ADM – OFC 1184/2024**

Referente: Projeto “Mãos Que Acolhem”

Venho através deste, encaminhar o Projeto “Mãos Que Acolhem”, referentes à indicação de emenda impositiva para custeio **no valor total de R\$ 50.641,25**, sendo destinado: R\$ 20.000,00 pela vereadora Daniela Cristina Souza Branco de Rosa, R\$ 10.641,25 pelo vereador Murilo Cavalheiro Bueno, R\$ 10.000,00 pela vereadora Janaina Zambusi Nogueira Bastos e R\$ 10.000,00 pela vereadora Alliny Fernanda Sartori Padalino Rogério, para aquisição de custeio em material de consumo para associação.

Aproveitamos para agradecer e externar o contentamento da direção e usuários dessa entidade com esse auxílio tão bem vindo.

Presidente: Maria De Lourdes Castellace
GACCI – Grupo De Apoio Aos Carentes
Portadores de Câncer de Ibitinga





**PROJETO: “MÃOS QUE ACOLHEM”
2025**

1) IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE SOCIAL:

Nome: Grupo de Apoio aos Carentes Portadores de Câncer de Ibitinga- GACCI
Data de Constituição: 13/05/1998 (Data da Fundação: 24/10/1996)
CNPJ: 02.640.749/0001-29 **Data de inscrição no CNPJ:** 24/06/1998
Endereço: Rua Rosalbino Tucci, 512 - Centro.
Cidade / UF: Ibitinga/SP - Bairro: Centro - CEP: 14940-184
Telefone: 16-3341-7808 - e-mail: gacciibitinga@yahoo.com.br
Site: a entidade não possui site próprio, as prestações de contas são divulgadas de forma online através do link: www.ibitinga.sp.gov.br/transparencia/prestação de contas 3º setor.
Horário de funcionamento: 13 às 17hs
Meses do ano: 12
Dias da semana: segunda á sexta-feira

1.2) INSCRIÇÕES E REGISTROS:

Inscrição no CMAS Nº **017/2014**
Registro no CMDCA Nº
Inscrição no CNAS Nº
Inscrição no CMDPI (quando houver) Nº
CEBAS – último registro e validade Nº

1.3) ATUAL DIRETORIA ESTATUTÁRIA:

Vigência do mandato da diretoria atual de 31/01/2023 até 31/01/2025:

Presidente ou Representante legal da entidade: Maria de Lourdes Castellace
Cargo: Presidente Profissão: Aposentada
RG: 13.001.798 CPF: 010.158.798-88
Data de nascimento: 02/07/1958 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Rua Pereira Landim, 325 – Centro – Ibitinga / SP

Nome: Magali do Prado Barros
Cargo: Vice Presidente Profissão: Aposentada
CPF: 563.708.308-87
RG: 5.811.721 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Rua Daniel de Freitas, 971 – Centro – Ibitinga/SP





Nome: Vitoria Ap. Souza Bueno
Cargo: Tesoureira Profissão: Aposentada
CPF: 163.928.698-02
RG: 5.945.891-4 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Rua Oliveira Barros, 95 - Jd. Paulista - Ibitinga/SP

Nome: José Daniel Paschoal
Cargo: Segundo Tesoureiro Profissão: Motorista
CPF: 035.900.928-07
RG: 13.449.882 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Rua Capitão Miguel Haddad, 242 – Jd. Paulista – Ibitinga/SP

Nome: Vera Lucia Castellce
Cargo: Primeira Secretaria Profissão: Aposentada
CPF: 979.419.488-34
RG: 8.855.528 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Rua Tiradentes, 1282 - Centro – Ibitinga/SP

Nome: Maria Inês Napinonga Amarante
Cargo: Segunda Secretaria Profissão: Aposentada
CPF: 026.344.788-01
RG: 9.830.312-0 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Chácara do Astro, S/Nº - Taquara do Reino – Ibitinga/SP

1.4) CONSELHO FISCAL :

TITULARES:

Nome: Lizete de Castro Budetti
Profissão: Secretária
CPF: 559.964.008-63
RG: 6.071001 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Rua Avenal Marques, 112 – Apto 2-03 – Jd. Morumbi – Ibitinga/SP

Nome: Paulo Hamilton Camas Amarante
Profissão: Aposentado
CPF: 011.075.448-40
RG: 8.513.155-6 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Chácara do Astro, S/Nº - Taquara do Reino – Ibitinga/SP





Nome: Sonia Ap^a Castellace Paschoal
Profissão: Auxiliar de Produção
CPF: 065.342.358-62
RG: 16.157.863-9 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Rua Capitão Miguel Haddad, 242 – Jd Paulista – Ibitinga/SP

SUPLENTES:

Nome: Jose Ademir Ramos
Profissão: Aposentado
CPF: 864.614.518-20
RG: 9.154.726 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Rua Luiz Barela, 237 – Jd. Bosque – Ibitinga/SP

Nome: Lucia Helena G Belchior Ramos
Profissão: Professora
CPF: 746.027.568-91
RG: 6.365.226 Órgão Expedidor: SSP/SP
Endereço: Rua Luiz Barela, 237 – Jd. Bosque – Ibitinga/SP

2) ÁREA DA ATIVIDADE:

Preponderante:

() Assistência Social (x) Saúde () Educação () Cultura () Esporte

2.1) NATUREZA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL:

(x) Atendimento () Assessoramento () Defesa e garantia de direitos

3) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO POR PROTEÇÃO:

(x) Básica () Especial de Média Complexidade () Especial de Alta Complexidade





4) DESCRIÇÃO DO SERVIÇO:

O Gacci é uma organização de interesse público, privada, sem fins lucrativos e por tempo indeterminado que atua na área de assistência à saúde a vinte e sete anos, contando com o trabalho de um grupo de voluntários na realização das atividades e serviços prestados; com a parceria do poder público, empresas privadas e da população para aquisição de recursos financeiros que visam amenizar e atender as necessidades dos pacientes portadores de câncer e seus familiares que encontram em situação de vulnerabilidade.

4.1) TIPO DE SERVIÇO/PROJETO:

O Projeto Mãos Amigas, visa atender de forma acolhedora e humanizada os pacientes com diagnóstico de câncer, oferecendo aos mesmos auxílio na assistência à saúde através da doação de alimentos, suplementos, leite, fralda e medicamentos necessários para o tratamento e não fornecidos pelo governo através do SUS; além das doações o projeto conta com o trabalho de voluntários e uma Assistente Social onde são realizadas visitas domiciliares, triagens, encaminhamentos aos serviços da rede, estudo social e atividades voltadas para informação/prevenção, elevação da autoestima e convivência familiar nos cuidados especiais junto aos usuários. Os atendimentos são realizados de segunda à sexta das 13 às 17 horas na sede da organização e aos finais de semana são realizadas as visitas domiciliares.

4.2) IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO/PROJETO:

O Projeto é desenvolvido na sede da organização, localizada na área central do município, o que facilita o deslocamento dos pacientes e familiares que vem dos vários bairros da cidade.

4.3) IDENTIFICAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO/PROJETO:

Endereço: Rua Domingos Robert, 1175- Centro

Locado () Próprio (x) Cedido () _____

Condições de acessibilidade:

Sim (X) Parcialmente () Não possui ()





Instalações físicas e mobiliários:

Descrição e quantificação dos ambientes disponíveis	Equipamento/móveis disponíveis para o desenvolvimento do serviço
01 sala usada para recepcionar os pacientes e familiares	01 escrivaninha, 03 cadeiras, 02 aparadores.
01 sala de descanso	01 sofá, aparador, 01 filtro de água.
01 sala de atendimento/entrevista	02 escrivaninhas, 02 arquivos de aço, 01 prateleira de aço, 01 computador, 01 impressora e 03 cadeiras.
01 sala para armazenar doações	01 guarda roupa, 01 mesa, 02 armários.
01 sala para armazenar doações de alimentos	07 prateleiras de madeira 01 prateleira de aço
01 sala de reuniões	01 mesa, 01 sofá, 08 cadeiras, 01 aparador e 01 ventilador de teto.
01 sala de almoxarifado	03 prateleiras, cadeiras de roda, banho, moletas e andadores.
01 cozinha	01 forno micro-ondas, 01 forno elétrico, 01 fogão 04 bocas, 01 mesa com 06 cadeiras, 02 frízeres e 01 geladeira.
01 lavanderia	01 maquina de lavar, tanque, 03 prateleiras
01 banheiro externo	
01 banheiro interno	

4.4) VAGAS OFERECIDAS PARA O SERVIÇO:

Serão atendidos 150 pacientes diagnosticados com câncer.





4.5) PÚBLICO:

Pacientes com diagnóstico de câncer, com idade indeterminada, sem distinção de sexo; que encontram-se em situação de riscos decorrentes da situação de vulnerabilidade em consequência da doença ou das condições socioeconômicas.

4.6) OBJETIVO GERAL:

Realizar o atendimento aos pacientes que encontram-se em situação de riscos e vulnerabilidade em consequência da doença e das condições socioeconômicas desencadeadas pelo diagnóstico oncológico.

4.7) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Divulgar e promover atividades comunitárias de prevenção ao câncer, promovendo a cultura da prevenção, espaços de informações e trocas interacionais a partir do convívio grupal, comunitário e social.
- Melhorar a qualidade de vida e o bem estar, do paciente oncológico e de sua família, proporcionando orientação, acesso e encaminhamento aos seus direitos;
- Prestar assistência econômica, moral, social, cultural, educacional, física e psicológica;
- Integrar-se ainda aos serviços de saúde local ambulatorial e/ou hospitalar (atenção secundária e terciária) objetivando o atendimento ao enfermo e seus familiares;
- Acompanhar e avaliar as iniciativas governamentais concernentes ao combate e prevenção do câncer.

4.8) METODOLOGIA, CONDIÇÕES E FORMA DE ACESSO AO SERVIÇO:

A metodologia de trabalho da organização da se através da procura espontânea do paciente ou de familiares na organização, onde os mesmos são orientados sobre os serviços e auxílios oferecidos, bem como os requisitos necessários para realização de seu cadastro tais como: apresentação de laudo médico, cópia dos documentos pessoais, comprovante de endereço e a realização de visita domiciliar da Assistente Social para estudo socioeconômico. Após a realização e parecer da Assistente Social o paciente é cadastrado para receber os auxílios necessários e oferecidos pela organização, bem como participar das atividades realizadas em benefício de uma melhor recuperação visando melhoria na qualidade de vida.





4.9) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

Cronograma de Execução do Projeto												
Atividade/mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reuniões da equipe para planejamentos e deliberações.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Eventos Públicos						X	X			X	X	
Ciclo de Prevenção.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atualização de Cadastros dos usuários.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento ao tratamento ambulatorial e/ou hospitalar.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Auxilio medicamentos, suplementos e alimentos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Auxilio Cestas Básicas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visitas domiciliares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encaminhamentos aos serviços da rede.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de Convivência.		X			X			X			X	

4.10) ARTICULAÇÃO DE REDE:

Através do trabalho realizado pela Assistente Social em identificar as necessidades dos indivíduos, buscamos trabalhar articulando em parceria junto aos serviços da rede:

Secretaria de Desenvolvimento Social/CRAS: onde encaminhamos para realização de Cadastro Único, para orientações e auxílios como bolsa família, BPC/LOAS, tarifa social de energia, água, carteira do idoso, cesta básica e auxilio funeral;

Secretaria de Saúde: aquisição de medicações oferecidas pelo SUS.

4.11) IMPACTOS ESPERADOS:

Esperamos que 100% dos nossos usuários sintam se acolhidos; que possamos amenizar o sofrimento, dando a eles uma melhor qualidade de vida a fim de elevar a autoestima tornando o tratamento proposto menos doloroso.





4.12) INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Resultado(s)	Indicadores Qualitativos	Indicadores Quantitativos	Meios de Verificação
Obter primazia no atendimento dos usuários	Autoconfiança para motivação e enfrentamento do tratamento oncológico; Apoio psicológico e social; Apoio à família no acompanhamento ao tratamento ambulatorial.	100% dos atendidos	Relatório; reuniões; Depoimentos de pacientes e familiares.
Distribuição de medicamentos e alimentos	Acesso à medicamentos, suplementos e complementos alimentares; entrega de cestas básicas; melhoria na qualidade de vida;	50 cestas básicas por mês; 100% realizado	Relatório; reuniões; depoimentos de pacientes e familiares; registros fotográficos; artigo de jornais, mídias online.
Esclarecer a comunidade sobre o câncer e a prevenção da doença.	Participação; motivação na realização de ações; comportamento propositivo; atuar com protagonismo; Aquisição de conhecimentos; formar multiplicadores da causa; atualização; conhecer e conviver com a doença.	Realização de 100% das atividades propostas; nº de participantes e voluntários; desempenho (grau) obtido pela diretoria.	Depoimento dos participantes; relatório dos educadores; reuniões; avaliações; registro fotográfico das ações realizadas e/ou artigos de jornais, ou mídias online comprovando a realização e participação em eventos da comunidade ou do GACCI.





5) RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NO SERVIÇO/PROJETO:

RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NO SERVIÇO/PROJETO			
Cargo	Quantidade	Carga Horária	Contrato
Auxiliar de Limpeza	01	44 hs semanais	CLT
Auxiliar de escritório	01	20 hs semanais	Prestador de Serviço
Assistente Social	01	08 hs semanais	Prestador de Serviço
Psicólogo	01	04 hs semanais	Voluntarias
Atendentes	12	04 hs semanais	Voluntarias
TOTAL	16		

**6- MATERIAL DE CONSUMO NECESSARIOS PARA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS/
PROJETO:**

Aquisição em custeio	Valor anual R\$
Prestação de Serviço	R\$ 8.500,00
Material e Manutenção do prédio	R\$ 2.000,00
Material e manutenção de equipamentos	R\$ 2.500,00
Gênero alimentício	R\$ 38.641,25
Total	R\$ 51.641,25

7) PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PROJETO:

Início:	01/01/2025
Término:	31/12/2025

8) IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR TÉCNICO DO SERVIÇO:

Nome completo: Melissa Gerotto Carvalho
Formação: Assistente Social – CRESS: 33.565
Telefone para contato: 16-98111-1838
E-mail do coordenador: gacciibitinga@yahoo.com.br
Nome do Representante Legal: Maria de Lourdes Castellace

Assinatura:

Maria de Lourdes Castellace
Presidente do GACCI



