**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**
Rua Marechal Deodoro, 366 - Centro
CEP 13.870-223 - São João da Boa Vista - SP - Fone: (19) 3634-1007

# PARECER TÉCNICO CONCLUSIVO

**Referente ao Período:** 01/01/2017 a 24/11/2017
**ENTIDADE:** Lar do Pequeno Vicente
**CNPJ:** 02.317.467/0001-95

O Gestor, infra assinado, designado pelo Chefe do Poder Executivo, **Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista**, inscrita no CNPJ **46.429.379/0001-50**, exara o PARECER TÉCNICO de análise de prestação de contas da(s) parcerias) celebrada(s), dos recursos repassados e aplicados pela(s) Organização(ões) da Sociedade Civil, indicando os efeitos, para fins de avaliação quanto à eficácia e efetividade das ações realizadas, na forma que segue:

Que cada data de repasse, empenho, número de empenho, valor transferido, saldo anterior, rendimento de aplicação financeira, e o valor total aplicado no objeto, eventuais devoluções de glosa e/ou ou saldo, o saldo reprogramado para o exercício seguinte, por fonte de recursos, se demonstra segundo
cada ajuste, seu respectivo objeto e cada data de prestação de contas apresentadas pela Organização da Sociedade Civil, na forma que segue:

**TERMO DE FOMENTO nº 009/2017**

**Objeto:** Termo de Fomento 09/2017 - Repasse de contribuição social, para sanar dividas e obrigações refer. a Jan/17 a abr/17 decorrentes de prestação de serviços socioasistenciais prestados à população de forma ininterrupta.

**Data da Prestação de Contas Anual:** .

**Datas das Prestações de Contas Parciais:** 24/11/2017.

| Fontes de Recursos | Datas dos Repasses e dos Empenhos | Números dos Empenhos | Valores Transferidos |
|---|---|---|---|
| Municipal | 26/05/2017 | 8548 | 44.600,00 |
| | | **Total do Repasse Municipal** | **44.600,00** |
| | | **Valor Total dos Repasses** | **44.600,00** |
| | **Saldo Ano Anterior** | **Rendimentos de Aplicação Financeira** | **Valor Total das Despesas Vinculadas** |
| Municipal | 0,00 | 0,00 | 44.600,00 |
| | **Valor Glosado** | **Saldo Devolvido** | **Saldo Vinculado Reprogramado** |
| Municipal | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | **Saldo Anterior Recursos Próprios** | **Valor Despesas Pagas pela Entidade** | **Saldo Próprio Reprogramado** |
| Municipal | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

**INSTRUMENTO E OBJETO:**

**TERMO DE FOMENTO nº** 009/2017

**Objeto:** Termo de Fomento 09/2017 - Repasse de contribuição social, para sanar dividas e obrigações refer. a Jan/17 a abr/17 decorrentes de prestação de serviços socioasistenciais prestados à população de forma ininterrupta.

**Datas das Prestações de Contas Parciais:** 24/11/2017.

Que durante o exercício relativo à prestação de contas a Organização da Sociedade Civil esteve localizada e em regular funcionamento no desenvolvimento das suas atividades/projetos, condizentes com a sua finalidade estatutária, pactuadas com esta Administração, no endereço que segue:

**ENTIDADE:** Lar do Pequeno Vicente

**ENDEREÇO:** Rua: Antônio Alexandre Neder, 45, Jd. Nova Republica IV, CEP 13875-256, São João Da Boa Vista/SP

As metas e as atividades/projetos propostos no plano de trabalho foram executadas na forma apresentada, e com efetivo alcance dos benefícios aos usuários dos serviços?

(**X**) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Os efeitos da parceria na realidade local, quanto aos aos impactos econômicos ou sociais, foram positivos?

(**X**) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Houve homologação do(s) relatório(s) de técnico de monitoramento e avaliação pela respectiva comissão?

(**X**) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

O quadro de pessoal, equipe ténica necessária à execução do objeto foi mantida durante todo o período?

(**X**) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

As condições fisicas do prédio, local do objeto, e os aportes materiais foram suficientes e satisfatórios?

(**X**) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Houve visita(s) para fiscalizar, monitorar e avaliar o objeto durante o período?

(**X**) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Houve oferta regular de alimentação ao publico-alvo acolhido ou assistido?

(**X**) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Qual o percentual do grau de satisfação do público-alvo assistidos pelos serviços propostos pela instituição?

**Previsto:** 80 % **Realizado:** 94

Justificativa: Amostragem: 16 %

Pode-se manter, renovar a sustentabilidade das ações das atividades/projetos desta parceria após sua conclusão?

(**X**) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Parecer da Comissão de Monitoramento e Avaliação em atendimento aos arts. 58 e 59 da Lei 13.019 de 31 de julho de 2014.

Parecer do Gestor fundamentado no art. 67 da Lei 13.019 de 31 de julho de 2014.

**CONCLUSÃO**

Atesta a prestação de contas como: **Regular**.

São João da Boa Vista/SP, 03 de Maio de 2017.

**Cindy Laure Galizoni Elidio**
CPF 353.742.488-47

**Comissão Monitoramento Avaliação Social**

| | | |
|---|---|---|
| Daniela E. de Pontes Valim | 253.451.728-70 | |
| João Junio da Silva Ramos | 361.906.178-59 | |
| Maria Natália de Paula Corneta | 324.768.878-11 | |