

**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:** Associação de Pessoas Portadoras de Deficiência - São Francisco de Assis**CNPJ:** 67.161.810/0001-09

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) parceria(s) 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 07/2017

Objeto: Termo de Fomento 07/2017 - Contribuição Social para sanar dívidas e obrigações refer. aos meses de 01/17 a 04/17 decorrentes de prestação de serviços socioassistenciais ininterrupta no SPSE de média complexidade para atendimento à PCD

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	8516	19.943,76
Total do Repasse Municipal			19.943,76
Valor Total dos Repasses			19.943,76
	Saldo Ano Anterior	Rendimentos de Aplicação Financeira	Valor Total das Despesas Vinculadas
Municipal	0,00	0,00	19.943,76
	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 07/2017**

Objeto: Termo de Fomento 07/2017 - Contribuição Social para sanar dívidas e obrigações refer. aos meses de 01/17 a 04/17 decorrentes de prestação de serviços socioassistenciais ininterrupta no SPSE de média complexidade para atendimento à PCD

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:

Pág. 1/3



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

ENTIDADE: Associação de Pessoas Portadoras de Deficiência - São Francisco de Assis

ENDEREÇO: Rua: Augusto Caetano, 275, Jd. Nova São João, CEP 13874-143, 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?

() Sim () Não (X) Parcialmente

Os efeitos da parceria na realidade local, quanto 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 técnica necessária à execução do objeto foi mantida durante todo o período?

(X) Sim () Não () Parcialmente

As condições físicas 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

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

Previsto: índice mínimo de 80%

Realizado: 89%

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

() Sim () Não (X) Parcialmente OBS: Necessário adequações no serviço.

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.

MANIFESTAÇÃO

Observe-se que as ações conforme grupos previstos no Plano de Trabalho Complementar foram parcialmente cumpridos, não havendo a realização de alguns grupos que se encontravam em implantação, conforme consta no Relatório de acompanhamento dos serviços emitido pela psicóloga Lilian e justificativa da OSC. Por tanto com os serviços parcialmente concluídos, ATESTO que a Organização tem como Parecer "Regular com Ressalvas" onde a mesma deverá se adequar e implantar todo o serviço previsto no Plano de Trabalho de imediato para que não haja prejuízos ao atendimento a pessoa com deficiência e a Parceria firmada.

CONCLUSÃO

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



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

São João da Boa Vista/SP, 31 de Janeiro de 2018.

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