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

Referente ao Período: 26/04/2017 a 31/12/2017
ENTIDADE: Casa de Apoio ao Menor Irmã Dulce - CAMID
CNPJ: 04.810.265/0001-06

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 03/2017

Objeto: Termo de Fomento 03/2017 - Parceria destinada ao repasse de contribuição social para pagamentos de encargos trabalhistas.

Data da Prestação de Contas Anual: .

Datas das Prestações de Contas Parciais: 30/04/2017; 31/05/2017; 30/06/2017; 31/07/2017; 31/08/2017; 30/09/2017; 30/10/2017; 30/11/2017; 31/12/2017; 31/01/2018; 25/04/2018.

Fontes de Recursos	Datas dos Repasses e dos Empenhos	Números dos Empenhos	Valores Transferidos
Municipal	27/04/2017	6349/2	12.413,17
Municipal	05/05/2017	6349/3	12.413,17
Municipal	22/06/2017	6349/4	12.413,17
Municipal	06/07/2017	6349/5	12.413,17
Municipal	04/08/2017	6349/6	12.413,17
Municipal	06/09/2017	6349/7	21.148,57
Municipal	05/10/2017	6349/8	10.637,53
Municipal	06/11/2017	6349/9	10.093,25
Municipal	08/12/2017	6349/10	10.093,25
		Total do Repasse Municipal	**114.038,45**
		Valor Total dos Repasses	**114.038,45**
	Saldo Ano Anterior	**Rendimentos de Aplicação Financeira**	**Valor Total das Despesas Vinculadas**
Municipal	0,00	0,00	113.114,52
	Valor Glosado	**Saldo Devolvido**	**Saldo Vinculado Reprogramado**
Municipal	0,00	0,00	923,93
	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 03/2017

Objeto: Termo de Fomento 03/2017 - Parceria destinada ao repasse de contribuição social para pagamentos de encargos trabalhistas.

Datas das Prestações de Contas Parciais: 30/04/2017; 31/05/2017; 30/06/2017; 31/07/2017; 31/08/2017; 30/09/2017; 30/10/2017; 30/11/2017; 31/12/2017; 31/01/2018; 25/04/2018.

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: Casa de Apoio ao Menor Irmã Dulce - CAMID

ENDEREÇO: Rua: Santa Terezinha, 350, Santo Antônio, CEP 13871-140, 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:** 87%

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, 25 de Junho 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	