

**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

369
337/17**PARECER TÉCNICO****Referente ao Período:** 01/01/2018 a 25/04/2018**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) 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 3/2017**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:** 31/01/2018; 25/04/2018.

Fontes de Recursos	Datas dos Repasses e dos Empenhos	Números dos Empenhos	Valores Transferidos
Municipal	05/01/2018	6349/11	10.093,25
Total do Repasse Municipal			10.093,25
Valor Total dos Repasses			10.093,25
	Saldo Ano Anterior	Rendimentos de Aplicação Financeira	Valor Total das Despesas Vinculadas
Municipal	923,93	0,00	11.017,18
	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 3/2017****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



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

370
337/17

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?

Sim () Não () Parcialmente

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

Sim () Não () Parcialmente

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

Sim () Não () Parcialmente

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

Sim () Não () Parcialmente

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

Sim () Não () Parcialmente

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

Sim () Não () Parcialmente

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

Sim () Não () Parcialmente

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

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, 29 de outubro de 2018

Cindy Laure Galizoni Elidio
CPF 353.742.488-47



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

371
337/17

Comissão Monitoramento e 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

