



**PARECER TÉCNICO**

**Referente ao Período:** 31/08/2017 a 30/11/2017

**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 014/2017/2017**

**Objeto:** Termo de Fomento 14/2017 - Repasse de Auxílio para execução do Projeto de aquisição de Televisão com a finalidade de proporcionar lazer para as crianças e adolescentes acolhidos

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

**Datas das Prestações de Contas Parciais:** 30/11/2017.

Fontes de Recursos	Datas dos Repasses e dos Empenhos	Números dos Empenhos	Valores Transferidos
Municipal	06/09/2017	15319	1.600,00
<b>Total do Repasse Municipal</b>			<b>1.600,00</b>
<b>Valor Total dos Repasses</b>			<b>1.600,00</b>
	<b>Saldo Ano Anterior</b>	<b>Rendimentos de Aplicação Financeira</b>	<b>Valor Total das Despesas Vinculadas</b>
Municipal	0,00	0,00	1.600,00
	<b>Valor Glosado</b>	<b>Saldo Devolvido</b>	<b>Saldo Vinculado Reprogramado</b>
Municipal	0,00	0,00	0,00
	<b>Saldo Anterior Recursos Próprios</b>	<b>Valor Despesas Pagas pela Entidade</b>	<b>Saldo Próprio Reprogramado</b>
Municipal	0,00	230,98	0,00

**INSTRUMENTO E OBJETO:**

**TERMO DE FOMENTO nº 014/2017/2017**

**Objeto:** Termo de Fomento 14/2017 - Repasse de Auxílio para execução do Projeto de aquisição de Televisão com a finalidade de proporcionar lazer para as crianças e adolescentes acolhidos

**Datas das Prestações de Contas Parciais:** 30/11/2017.

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:** Casa de Apoio ao Menor Irmã Dulce - CAMID

**ENDEREÇO:** Rua: Santa Terezinha, 350, Santo Antônio, CEP 13871-140, São João Da Boa Vista/SP



**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

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

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

Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

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

Justificativa: Avaliação através da Visita Técnica.  
100% satisfatório

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, 08 de Junho de 2018.

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