



### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Referente ao Período:** 01/01/2018 a 31/01/2019

**ENTIDADE:** Associação de Amigos do Autista - AMA

**CNPJ:** 03.298.931/0001-06

O(s) responsável(is), infra-assinado(s), designado(s) pelo Chefe do Poder Executivo, **Prefeitura Municipal de Guararapes**, inscrita no **CNPJ 48.468.284/0001-71**, exara PARECER quanto a fiscalização, monitoramento e avaliação da(s) parceria(s) com a(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 COLABORAÇÃO nº 7/2018

**Objeto:** Programa de Atendimento Educacional Especializado

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

**Datas das Prestações de Contas Parciais:** 30/04/2018; 31/05/2018; 31/07/2018; 30/09/2018; 31/10/2018; 30/11/2018; 31/01/2019.

Fontes de Recursos	Datas dos Repasses e dos Empenhos	Números dos Empenhos	Valores Transferidos
Municipal	06/03/2018	02475/001	3.600,00
Municipal	15/03/2018	02597/001	4.050,00
Municipal	18/04/2018	04077/001	4.050,00
Municipal	14/05/2018	05564/001	4.500,00
Municipal	08/06/2018	06855/001	4.500,00
Municipal	12/07/2018	08335/001	4.500,00
Municipal	15/08/2018	09850/001	4.500,00
Municipal	13/09/2018	11189/001	4.500,00
Municipal	28/09/2018	12095/001	4.050,00
Municipal	31/10/2018	13494/001	4.500,00
Municipal	06/12/2018	15151/001	4.500,00
Municipal	14/12/2018	15825/001	4.950,00
<b>Total do Repasse Municipal</b>			<b>52.200,00</b>
<b>Valor Total dos Repasses</b>			<b>52.200,00</b>
	<b>Saldo Ano Anterior</b>	<b>Rendimentos de Aplicação Financeira</b>	<b>Valor Total das Despesas Vinculadas</b>
Municipal	0,00	47,50	52.247,50
	<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	498,90	0,00

**INSTRUMENTO E OBJETO:**



**TERMO DE COLABORAÇÃO nº 7/2018**

**Objeto:** Programa de Atendimento Educacional Especializado

**Datas das Prestações de Contas Parciais:** 30/04/2018; 31/05/2018; 31/07/2018; 30/09/2018; 31/10/2018; 30/11/2018; 31/01/2019.

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:** Associação de Amigos do Autista - AMA

**ENDEREÇO:** Rua Dr. Pontes de Miranda, 430, Morada dos Nobres, CEP 16022-020, Araçatuba/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

Foi devolvido os valores das despesas glosadas ou sobras de saldo em conta durante 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

Sendo 1 (um) insatisfatório, e 10 (dez) excelente, qual o grau de satisfação do público-alvo assistidos pelos serviços propostos pela instituição?

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

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

Sim ( ) Não ( ) Parcialmente



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARARAPES**  
AVENIDA MARECHAL FLORIANO, 565 - CENTRO  
CEP 16700-000 - GUARARAPES - SP - Fone: (18) 3606-8000

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

(X) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

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

(X) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

**CONCLUSÃO**

Atesta quanto ao monitoramento e avaliação da parceria: **Regular.**

GUARARAPES/SP, 18 de Março de 2019.

**Maria Dolores Cereijido Bersani**  
CPF 117.411.068-69

**Comissão Monitoramento e Avaliação Educação**

Léia Renina Pereira de Moraes Venturian 129.304.038-02

Márcio Rodrigues de Souza 337.365.168-94

Maria Dolores Cereijido Bersani 117.411.068-69