



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

## RELATÓRIO TÉCNICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO E PARECER TÉCNICO DO GESTOR

**Exercício/Ano:** 2020  
**ENTIDADE:** Santa Casa de Misericórdia de Guararapes  
**CNPJ:** 48.467.054/0001-98

O Gestor, infra assinado, designado pelo Chefe do Poder Executivo, **Prefeitura Municipal de Guararapes**, inscrita no CNPJ, 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 COLABORAÇÃO nº 22/2020

**Objeto:** Atender despesas de custeio para manutenção da Santa Casa de Misericórdia de Guararapes

#### Datas das Prestações de Contas Parciais:

Fontes de Recursos	Datas dos Repasses e dos Empenhos	Números dos Empenhos	Valores Transferidos
Municipal	20/08/2020	9405/001	40.000,00
<b>Total do Repasse Municipal</b>			<b>40.000,00</b>
<b>Valor Total dos Repasses</b>			<b>40.000,00</b>
	<b>Saldo Ano Anterior</b>	<b>Rendimentos de Aplicação Financeira</b>	<b>Valor Total das Despesas Vinculadas</b>
Municipal	0,00	26,11	40.026,11
	<b>Valor Glosado</b>	<b>Saldo Devolvido</b>	<b>Saldo Vinculado Reprogramado</b>
Municipal	0,00	0,00	0,00

### INSTRUMENTO E OBJETO:

#### TERMO DE COLABORAÇÃO nº 22/2020

**Objeto:** Atender despesas de custeio para manutenção da Santa Casa de Misericórdia de Guararapes

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:** Santa Casa de Misericórdia de Guararapes  
**ENDEREÇO:** Av. Marechal Floriano, 1602, Centro, CEP 16.700-00, Guararapes/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?



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

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

Justificativa: Devido a Pandemia da COVID-19, ficaram prejudicadas as visitas de fiscalização e monitoramento no referido período.

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?

**Previsto:** 10

**Realizado:** 10

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

**Previsto:** 100

**Realizado:** 100

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.

Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

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

Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

## **CONCLUSÃO**

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



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

GUARARAPES/SP, 10 de Maio de 2021.

  
Sabrina de Cristo Ramos  
RG: 41.372.032-9  
Suplente do Depto. de Saúde

---

**Sabrina de Cristo Ramos**  
CPF 337.442.788-08

**Comissão Monitoramento e Avaliação Saúde**

João Airton Zanetti

705.707.288-00



Maria Cristina Neife Galhardo Bertasso

060.631.238-22

Rodrigo Francisco Marini

320.865.158-98