

## RELATORIO PERIODICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Termo de  FOMENTO  COLABORAÇÃO Nº 004/2021

Nome da OSC: AMA - Associação de Amigos do Autista de Barretos

Endereço: Rua Chile, 2015 - Nova América

Telefone: (17) 98847-0096

Nome do Serviço/Projeto: "Superando as Limitações"

Período Analisado: de 21/01/21 a 31/12/21 de 2021.

Houve visita in loco:  SIM  NÃO

Se sim, anexar Relatório de Visita Técnica in loco

### Fonte de recurso:

Próprio

FMI – Fundo Municipal do Idoso

FUMDICAD – Fundo Municipal da Criança e Adolescente

FMAS – Fundo Municipal de Assistência Social  Esfera Municipal

Esfera Estadual

Esfera Federal

Valores efetivamente transferidos no período analisado: R\$ 48.000,00

### Despesas Previstas no Projeto

Manutenção/Reforma/Construção

Bens Permanente

Consumo (alimentação, limpeza, oficinas)

RH/Prestadores de Serviços

Outros (especificar) \_\_\_\_\_

Publico Alvo: Crianças, Adolescentes e Adultos com Autismo e os familiares.

**Capacidade de atendimento:** 115 usuários e usuárias com TEA – TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA e seus familiares.

**Objetivo geral resumido:**

Prestar atendimento especial e individualizado à pessoa com autismo e suas famílias nas áreas assistencial, educacional e clínica, tendo como objetivo contribuir para o desenvolvimento das habilidades e potencialidades, proporcionando a pessoa autista uma vida digna: saúde, trabalho e lazer, oferecendo à família, instrumentos para a convivência no lar e em sociedade.

**Objetivo específico resumido:**

- ✓ Estimular a elaboração de projetos pedagógicos específicos e de acordo com o nível de cada autista em suas etapas como: infância, adolescência e idade adulta, para sua integração familiar e social;
- ✓ A organização de métodos e técnicas especializadas para o atendimento das necessidades do autista visando à aquisição de recursos pessoais que possibilitem o seu desenvolvimento perante a família e sociedade, com possibilidade, dependendo do grau de autismo e do desenvolvimento, o encaminhamento para escolas regulares e realização de trabalhos manuais simples;
- ✓ Atendimento multidisciplinar para triagem diagnóstica e atendimento clínico individual e grupal aos autistas, além de atendimento familiar;
- ✓ O fortalecimento dos vínculos familiares e dos laços de reciprocidade e solidariedade humana em que se fundamenta a sociedade;
- ✓ Atender o maior número possível de autistas, dando-lhes condições de independência e melhor relação social;
- ✓ Esclarecimento a comunidade através de campanhas educativas, elaboração de material informativo e formação de grupos especializados em saúde mental infantil.

**Atividades a serem realizadas**

<b>Atividade</b>	<b>Público Alvo</b>	<b>Dia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apoio à família;</li> <li>✓ Inclusão Social;</li> <li>✓ Triagem;</li> <li>✓ Avaliação com equipe multidisciplinar;</li> <li>✓ Prestar serviço humanizado a Pessoa com Transtornos Globais do Desenvolvimento;</li> <li>✓ Promover e articular ações de defesa de direitos, prestação de Serviço Assistencial, terapêuticos, orientações e apoio psicossociais às famílias visando à melhoria da qualidade de vida da pessoa com Transtornos Global do Desenvolvimento.</li> </ul>	Crianças, Adolescentes e Adultos com Autismo e seus familiares.	Segunda-feira à sexta - feira

**Monitoramento e avaliação das Metas informadas no Projeto/Plano de Trabalho:**

<b>Meta</b>	<b>Execução</b>	<b>Observações</b>
Capacitar para a qualificação profissional e geração de renda as 85% das famílias dos autistas que são matriculados na instituição e a 15% das famílias que vem através do convênio com a educação municipal para as terapias, acompanhar seus filhos no período da manhã e tarde.	<input type="checkbox"/> <b>Total</b> <input type="checkbox"/> <b>Parcial</b> <input type="checkbox"/> <b>Não cumpriu</b>	Meta subjetiva, portanto, não mensurável.

**Equipe do Projeto:**

**Prestadores de Serviço Pessoa Jurídica:**

Advogado - 09 horas
Psicólogo - 06 horas
Contador – 09 horas

**Documentos verificados:**

- Lista nominal de atendimento por atividade: ( ) Sim (x) Não
- Relatório Mensal ou Quadrimestral de Atividades: (x) Sim ( ) Não
- Despesas apresentadas na Prestação de Contas: (x) Sim ( ) Não
- Outros documentos (especificar) \_\_\_\_\_

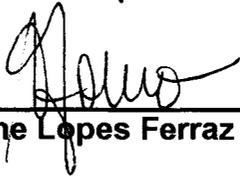
**Conclusões:**

De acordo com os documentos apresentados e analisados, não há considerações a serem acrescentadas no que tange ao projeto, relatórios de atividades e prestação de contas.



---

**Ana Lúcia Piassi Machado**



---

**Viviane Lopes Ferraz Affonso**