

## RELATORIO PERIODICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Termo de  FOMENTO  COLABORAÇÃO N° 25/2021

Nome da OSC: Associação das Auxiliares Missionárias Bertoni “Vila dos Pobres”

Endereço: Rua Dr. Mariano Dias, 500 – Bom Jesus

Telefone: (17) 3322-3601

Nome do Serviço/Projeto: Projeto Trilhando o Futuro

Período Analisado: de Janeiro a Dezembro 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\$ 75.000,00

### Despesas Previstas no Projeto

- Manutenção/Reforma/Construção  
 Bens Permanente  
 Consumo (alimentação, limpeza, oficinas)  
 RH/Prestadores de Serviços  
 Outros (especificar) \_\_\_\_\_

Publico Alvo: Idosos com violação de direitos

**Quantidade por gênero:** Ambos os sexos

**Faixa etária:** A partir de 60 anos

**Objetivo geral resumido:** Garantir qualidade de vida aos idosos, oferecendo atividades em espaços de convívio coletivo, numa perspectiva de inserção sociocultural, defesas de direito e fortalecimento da cidadania.

**Objetivo específico resumido:**

- Garantir ações e encaminhamentos para que os direitos fundamentais constante no Estatuto do idoso não sejam em nenhuma instancia violado;
- Encaminhar para acesso ao BPC;
- Garantir o convívio dentro e fora da instituição, por meio de atividades culturais, artísticas, de lazer, bem como participação em eventos e atividades cívicas, estimulando a autoestima e bem estar.

**Atividades a serem realizadas**

Atividade	Público Alvo	Dia	Horário
Atividades de vida diária	Idosos	Todos os dias	2h/ dia
Passeios monitorados	Idosos	1 vez ao mês	--
Oficinas	Idosos	Todos os dias	2 a 3 h/dia

**Obs:**

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

Meta	Execução	Observações
Melhora da condição física, motora e emocional através de atendimentos multidisciplinar	(x) Total ( ) Parcial ( ) Não cumpriu	
Diminuição do tempo ocioso do idoso	(x) Total ( ) Parcial ( ) Não cumpriu	
Melhora na qualidade de vida	(x) Total ( ) Parcial ( ) Não cumpriu	

**Equipe do Projeto:**

**Prestadores de Serviço Pessoa Física:**

Não tem

**Prestadores de Serviço Pessoa Jurídica:**

Não tem

**Registrados (CLT):**

7 serviços gerais; 1 assistente social; 1 motorista; 1 recepcionista; 1 lavadeira; 2 auxiliar de cozinha; 1 educador físico; 1 terapeuta ocupacional.

**Voluntários:**

Não tem

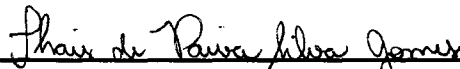
**Documentos verificados:**

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


**Observação complementares:**

**Conclusões:**

Segundo as informações contidas no projeto e nas respectivas prestações de contas e relatórios, foi verificado que as metas foram cumpridas.



Thais de Paiva Silva Gomes  
Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação



Elisabete Aparecida de Souza  
Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação