

## RELATORIO PERIODICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Termo de  FOMENTO  COLABORAÇÃO Nº 0023/2022

**Nome da OSC:** Associação Barretense Vida Nova – ABAVIN

**Endereço:** Rua 20, 1140 - Centro - Barretos/SP

**Telefone:** (17) 3322-9608

**Nome do Serviço/Projeto:** Arco Iris Social 2022

**Período Analisado:** segundo semestre de 2022.

**Houve visita in loco:**  SIM  NÃO

### 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\$ 36.000.00

### Despesas Previstas no Projeto

- Manutenção/Reforma/Construção
- Bens Permanente
- Consumo (alimentação, limpeza, oficinas)

- (x) RH/Prestadores de Serviços  
 ( ) Outros (especificar)

**Público Alvo:** Atendimento especializado para Pessoas com Deficiência, Idosa e suas Famílias e suas famílias (30 pessoas com deficiência, de ambos os sexos)

**Objetivo geral resumido:** Tornar a Pessoa com Deficiência, Idosa e suas famílias o agente da sua própria transformação dando-lhe instrumentos que o façam superar seus limites, buscar novas capacidades e oportunidades, além de garantir seus direitos. Em resumo: atingir plena autonomia diante de sua vida pessoal, profissional e social. Na interface com a comunidade criar um diálogo permanente e contínuo que garanta uma integração plena.

**Atividades a serem realizadas**

Atividade	Público Alvo	Dia	Horário
Atividades de oficina de artes, palestras, reuniões e dinâmicas de grupo a cada quinze dias para discutir as barreiras físicas e psicológicas e formas de rompê-las.	Pessoas com Deficiência	---	---
Oficina da mente, trava a língua, coordenação	Pessoas com Deficiência	---	---

motora, realizadas semanalmente.			
As atividades desenvolvem uma melhor atenção visual e auditiva, ritmo, habilidade, dissociação de movimentos, coordenação motora e motora fina, coordenação viso motora e memorização, realizadas semanalmente.	Pessoas com Deficiencia	---	---
Atividades desenvolvidas semanalmente, com a melhora da coordenação motora, agilidade.	Pessoas com Deficiencia	---	---
Conversas, visitas, dinâmicas, palestras, orientações, semanalmente.	Pessoas com Deficiencia	---	---
Ampliação da Vida Social	Pessoas com Deficiencia	---	---

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

Meta	Execução	Observações
Oportunizar para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias atividades de	(x) Total ( ) Parcial ( ) Não cumpriu	

convivência em ações significativas.		
Contribuir para o aumento da autoestima, qualificação, satisfação e realização	<input checked="" type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não cumpriu	
Combater o isolamento, a depressão com a musicalização.	<input checked="" type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não cumpriu	
Habilidade de falar, ouvir, pensar trabalhando o desenvolvimento motor fino e grosso. Reduzir o consumo de remédios, diminuir o isolamento social, melhora de bemestar	<input checked="" type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não cumpriu	
Envolvimento da família.	<input checked="" type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não cumpriu	

<p>Busca integrar as Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias no conhecimento das políticas públicas bem como posturas frente aos seus direitos e deveres como cidadãos.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não cumpriu</p>	
---	--	--

**Equipe do Projeto:**

**Prestadores de Serviço Pessoa Física:**

2 Assistente Social CLT
1 Monitor de musica CLT
1 Nutricionista
2 Psicologo
1 Fonoaudiologo
1 Fisioterapeuta CLT
2 Fisioterapeuta
Psicopedagogo CLT
Enfermeiro
Cozinheiro Servicos Gerais

**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); registro de fotos

**Conclusões:**

Diante das informações verificadas, através do sistema online PARA SICONVINHO Sinconvinho e da documentação apresentada na prestação de contas, manifestamo-nos regulares as atividades executadas no período, pois a aplicação dos recursos repassados atingiram os objetivos esperados.

Barretos, 03 de Março de 2023.

Membro da Comissão e Monitoramento e Avaliação

Membro da Comissão e Monitoramento e Avaliação

Membro da Comissão e Monitoramento e Avaliação