

## RELATORIO PERIODICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Termo de  FOMENTO  COLABORAÇÃO Nº 0024/2022

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

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

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

**Nome do Serviço/Projeto:** Despertado Talentos 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\$ 100.000,00

**Despesas Previstas no Projeto**

Manutenção/Reforma/Construção

Bens Permanente

Consumo (alimentação, limpeza, oficinas)

(x ) RH/Prestadores de Serviços

( ) Outros (especificar)

### **Publico Alvo**

Atendimento semanal de 30 (trinta) crianças e adolescentes, com deficiência, de ambos os sexos.

**Objetivo geral resumido:** Incentivando as crianças e adolescentes, com deficiência, orientando-os e ajudando-os nas diferentes formas de estudar e aprender, apresentando caminhos, atividades que podem ser realizadas conforme espaços, interesses e necessidades de cada criança/adolescente a fim de desenvolverem capacidades necessárias para sua formação integral. Oferecendo a criança e adolescente com deficiência intelectual ser o agente da sua própria transformação dando-lhe instrumentos que o façam suplantar seus limites, buscar novas capacidades e oportunidades, além de garantir seus direitos. Em resumo: atingir plena autonomia diante de sua vida pessoal e social. Na interface com a comunidade criar um diálogo permanente e contínuo que garanta uma integração plena respeitando suas individualidades, para que assim possam exercer plena participação tanto na vida social, cultural.

### **Atividades a serem realizadas**

| <b>Atividade</b>                 | <b>Público Alvo</b>                     | <b>Dia</b> | <b>Horário</b> |
|----------------------------------|---|------------|----------------|
| Atendimento Médico Neurologista. | crianças e adolescentes com deficiência | quinzenal  | ---            |

|                               |   |         |     |
|-------------------------------|---|---------|-----|
| Atendimento Multidisciplinar  | crianças e adolescentes com deficiência | semanal | --- |
| Atendimento Assistente Social | crianças e adolescentes com deficiência | semanal | --- |
| Atendimento Fonoaudiológico   | crianças e adolescentes com deficiência | semanal | --- |
| Terapeuta Ocupacional         | crianças e adolescentes com deficiência | semanal | --- |
| Atendimento Psicológico       | crianças e adolescentes com deficiência | semanal | --- |
| Visitas domiciliares          | crianças e adolescentes com deficiência | semanal | --- |
| Atendimento Nutricional       | crianças e adolescentes com deficiência | semanal | --- |
| Atendimento Psicopedagógico   | crianças e adolescentes com deficiência | semanal | --- |
| Oficina de Música:            | crianças e adolescentes com deficiência | semanal | --- |

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

| Meta  | Execução                                | Observações |
|---|---|-------------|
| Atendimentos multidisciplinares semanais com crianças /adolescentes e familiares quando necessário, por | ( x ) Total ( ) Parcial ( ) Não cumpriu |             |

|  |   |  |
|--|---|--|
| meio de contato telefônico, material fornecido, por via Whatsapp, chamada de vídeo e reuniões por vídeo conferencias   |   |  |
| Atividades desenvolvidas semanalmente, com técnicos especializados, orientando de forma específica cada demanda apresentada.   | <input checked="" type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não cumpriu |  |
| As atividades desenvolvidas semanalmente, com técnicos especializados, orientando de forma específica cada demanda apresentada. Serão trabalhados através de uma abordagem clara, e objetiva para que essas famílias | <input checked="" type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Não cumpriu |  |

**Equipe do Projeto:**

**Prestadores de Serviço Pessoa Física:**

|   |
|---|
| Assistente Social 02<br>Coordenadora Administrativa 01<br>Coordenadora Geral 01<br>Contador 01<br>Fonoaudiólogo 01<br>Psicopedagoga 01<br>Monitor de musica 01<br>Cozinheira 01<br>Motorista (cedidos pela Educação) 05<br>Professora do Eja (cedida pela Educação) 01<br>Cuidadora (cedida pela Educação) 01<br>Fisioterapeuta 02<br>Enfermeira 01 |
|---|

Auxiliar de Cozinha 01  
Serviços gerais 01

**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)

**Conclusões:**

Diante das informações verificadas, através do sistema online Sinconvinho, manifestamo-nos regulares as atividades executadas no período, pois a aplicação dos recursos repassados atingiram os objetivos esperados.

Barretos, 3 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