

## RELATORIO PERIODICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Termo de  FOMENTO  COLABORAÇÃO Nº 003/2022

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: Serviço de Proteção Especial Média Complexidade

Vigência do Termo de Fomento: de 01/02 a 31/12 de 2022 (Obs: Período analisado de Julho a Dezembro/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)
- RH/Prestadores de Serviços
- Outros (especificar) \_\_\_\_\_

**Público Alvo:** Crianças e Adolescentes com Autismo e suas famílias.

**Capacidade de atendimento:** 100 usuários e famílias.

**Objetivo geral resumido:**

Promover melhor qualidade de vida, autonomia, independência e inserção social, proporcionar a pessoa com autismo uma vida digna: trabalho, saúde, lazer e integração à sociedade. Oferecendo a família da pessoa com autismo instrumentos para a convivência no lar e em sociedade e momentos geradores de autonomia e independência.

**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;
- ✓ 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.

<b>Atividade</b>	<b>Público Alvo</b>	<b>Dia</b>
✓ Transporte de ida e volta realizada pela Van da instituição.	Crianças e Adolescentes com Autismo e seus familiares de acordo com a necessidade.	Segunda-feira á sexta - feira
✓ Com os autistas são realizadas atividades práticas acompanhadas pelas pedagogas	Crianças e Adolescentes com Autismo e seus familiares de acordo com a necessidade.	Segunda-feira á sexta - feira
✓ Atendimento individualizado pela Assistente Social e visitas familiares.	Crianças e Adolescentes com Autismo e seus familiares de acordo com a necessidade.	Segunda-feira á sexta - feira
✓ Atendimento individualizado pela Psicóloga,	Crianças e Adolescentes com Autismo e seus familiares de acordo com a necessidade.	Segunda-feira á sexta - feira
✓ Atendimento individualizado pelas duas T O.	Crianças e Adolescentes com Autismo e seus familiares de acordo com a necessidade.	Segunda-feira á sexta - feira
✓ Atendimento individualizado pela educadora física	Crianças e Adolescentes com Autismo e seus familiares de acordo com a necessidade.	Segunda-feira á 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.	( ) Total ( ) Parcial ( ) Não cumpriu	Meta subjetiva, portanto, não mensurável.

**Registrados (CLT):**

1 Assistente Social
1 Fisioterapeuta
2 Pedagogos

1 Coordenadora pedagógica
1 Administrativo

**Pessoa Física:**

1 Pedagoga a contratar
------------------------

**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:**

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.

Membro da Comissão de Monitoramento e  
Avaliação.

Membro da Comissão de Monitoramento e  
Avaliação.