

**PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL (SEMESTRAL)**  
**DELIBERAÇÃO SOBRE O RELATÓRIO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**  
**COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

<b>SAS</b>	ERMELINO MATARAZZO
<b>NOME DA OSC</b>	SOCIEDADE DE AMIGOS DE VILA MARA, JARDIM MAIA E VILAS ADJACENTES
<b>NOME FANTASIA</b>	CENTRO DE ACOLHIDA MARIA ISABEL CARVALHO
<b>TIPOLOGIA</b>	CENTRO DE ACOLHIMENTO PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
<b>EDITAL</b>	015/SMADS/2015
<b>Nº PROCESSO DE CELEBRAÇÃO</b>	6024.2018/0011766-0
<b>Nº TERMO DE COLABORAÇÃO</b>	021/SMADS/2015
<b>NOME DO GESTOR DA PARCERIA</b>	Maria Izabel Rangel de Souza Oliveira
<b>RF DO GESTOR DA PARCERIA</b>	8183163
<b>DATA DE PUBLICAÇÃO NO DOC DA DESIGNAÇÃO DO GESTOR DA PARCERIA</b>	25/01/2019
<b>PERÍODO DO RELATÓRIO</b>	01/07/2019 A 31/12/2019

Após análise do RELATÓRIO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO GESTOR DA PARCERIA descrita na inicial, nos termos do artigo 131 da Instrução Normativa 03/SMADS/2018, esta Comissão de Monitoramento e Avaliação instituída conforme publicação no DOC de 25/01/2019, delibera pela:

- ( x ) **APROVAÇÃO** da prestação de contas  
 ( ) **APROVAÇÃO da prestação de contas COM RESSALVAS**, determinando o cumprimento do Plano de Providência Geral  
 ( ) **REJEIÇÃO** da prestação de contas, adotando-se os procedimentos para rescisão do termo de colaboração da parceria

OUTRAS CONSIDERAÇÕES DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Conforme acima indicado, fica aprovada a execução do objeto conforme Artigo 126 da Instrução Normativa 03/SMADS/2018.

Ressaltamos que a análise do ajuste financeiro mensal é fundamental para a avaliação e monitoramento da parceria, contudo, salientamos que esta Comissão de Monitoramento e avaliação é composta por profissionais formados em Serviço Social, e que a análise acima foi pautada tecnicamente atendendo o preconizado na Resolução 557/CFESS no parágrafo segundo do artigo 4º “o/a assistente social deverá emitir sua opinião técnica somente sobre o que é de sua atuação e de sua atribuição legal, para qual está habilitado e autorizado a exercer, assinando e identificando seu numero de inscrição no Conselho Regional de Serviço Social.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura membro  
Comissão de Monitoramento  
e Avaliação

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura membro  
Comissão de Monitoramento  
e Avaliação

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura membro  
Comissão de Monitoramento  
e Avaliação