

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

SAS	Ermelino Matarazzo
NOME DA OSC	Samaritano São Francisco de Assis
NOME FANTASIA	Centro Dia para Idosos São Francisco de Assis
TIPOLOGIA	Centro Dia para Idosos
EDITAL	346/SMADS/2015
Nº PROCESSO DE CELEBRAÇÃO	6024.2018/0011767-9
Nº TERMO DE COLABORAÇÃO	041/SMADS/2016
NOME DO GESTOR DA PARCERIA	VELLUMA FARIA REAL LEITE
RF DO GESTOR DA PARCERIA	7750897
DATA DE PUBLICAÇÃO NO DOC DA DESIGNAÇÃO DO GESTOR DA PARCERIA	24/05/2019
PERÍODO DO RELATÓRIO	01/01/2019 a 30/06/2019

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 **24/05/2019**, delibera pela:

() **APROVAÇÃO** da prestação de contas

(X) **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

Em seu parecer a Gestora da Parceria aponta que a OSC apresentou irregularidades no uso dos recursos financeiros, porém foram sanados após a notificação.

Ressaltamos que a análise do ajuste financeiro mensal é fundamental para a avaliação e monitoramento da parceria, além da análise da estrutura física do serviço, contudo, esta Comissão de Monitoramento e Avaliação é composta por profissionais formados em Serviço Social, cabendo complementação da avaliação por profissionais competentes, já 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