**AJUSTE FINANCEIRO MENSAL**

**PARECER DO GESTOR DA PARCERIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SAS** |  |  |
| **NOME DA OSC** |  |  |
| **NOME FANTASIA** |  |  |
| **TIPOLOGIA** |  |  |
| **EDITAL** |  |  |
| **Nº PROCESSO DE CELEBRAÇÃO** |  |  |
| **Nº TERMO DE COLABORAÇÃO** |  |  |
| **MÊS/ANO DE REFERÊNCIA** |  |  |
| **NOME DO GESTOR DA PARCERIA** |  |  |
| **RF DO GESTOR DA PARCERIA** |  |  |
| **DATA DE PUBLICAÇÃO NO DOC DA DESIGNAÇÃO****DO GESTOR DA PARCERIA** |  |  |

Considerando o parecer da equipe responsável pelas atribuições financeira da parceria na SAS

referente a este Ajuste Financeiro Mensal e a análise dos documentos apresentados nos termos do

§ 2º do artigo 121 da Instrução Normativa 03/SMADS/2018, concluímos que:

( ) O Ajuste Financeiro Mensal foi realizado (tempestivamente ou intempestivamente) e está de acordo com as normas legais vigentes.

( ) O Ajuste Financeiro Mensal foi realizado (tempestivamente ou intempestivamente) e apresentou as incorreções abaixo relacionadas, devendo ser notificada a OSC para esclarecimentos e/ou correções até a próxima Prestação de Contas Parcial, nos termos do § 4º do artigo 121 da

Instrução Normativa 03/SMADS/2018.

Data: / /

*Carimbo e assinatura do Gestor da Parceria*