**ANEXOS COMPLEMENTARES - VIII**

**MODELO DE RELATÓRIO TÉCNICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

EMITIR EM PAPEL TIMBRADO DO MUNICÍPIO

**RELATÓRIO TÉCNICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

(Em cumprimento do Art. 59 da Lei 13.019/2014 e Art. 34 do Decreto Municicpal 8.453/2017)

**( ) PARCIAL ( ) FINAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.º SIT:** | | **Secretaria/Órgão Gestor:** | |
| **OSC:** | | | |
| **Título do Projeto/Atividade/Serviço:** | | | |
| **Instrumento:** | Termo de Colaboração | | Número: |
| Termo de Fomento | | Número: |
| **Objeto:** | | | |
| Período: Ano 20\_\_\_\_\_\_  ( ) 1º Semestre – jan/jun  ( ) 2º Semestre – jul/dezl  ( ) Prestação de Contas Final | | | |
| Valor Repassado no período (se for o caso): | | | |

**RELATÓRIO**

|  |
| --- |
| *Descrição Sumária das Atividades e Metas Estabelecidas*  *(Copiar do Plano de Trabalho, resumidamente, quais atividades e ações que a organização se propôs a realizar– inclusive as citadas nas etapas. Copiar as metas quantitativas propostas para o semestre no Plano de Trabalho)* |

|  |
| --- |
| *Análise das atividades realizadas, do cumprimento das metas e do impacto do benefício social obtido em razão da execução do objeto até o período, com base nos indicadores estabelecidos e aprovados no Plano de Trabalho* |

**Análise de Documentos Comprobatórios das Despesas:**

*(A análise citada abaixo trata-se do mínimo que deve ser observado. Caso o fiscal ache pertinente, poderá incluir outros aspectos a serem observados, conforme necessidade do objeto da parceria)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **Descrição** | **s/n/x** |
|  | Os documentos fiscais apresentam relação com o objeto da parceria? |  |
|  | Houve a realização de pesquisa de preços devidamente formalizada garantindo ampla concorrência e obedecendo aos princípios da eficiência e economicidade? |  |
|  | O tomador cumpriu as formalidades para os processos de compras, atendento a legislação de licitações quando órgão público, obedecendo ao regulamento de compras quando OSCIP ou OS, e realizando pesquisas de preços? |  |
|  | São utilizados documentos adequados para cada tipo de despesa, revestidos das formalidades e compatíveis com a legislação fiscal? |  |
|  | As despesas estão de acordo com o objeto da transferência e com o plano de trabalho? |  |
|  | Foi possível verificar coerência nas compras constantes nos documentos fiscais e no observado nas visitas in loco realizadas? |  |
|  | As quantidades adquiridas/realizadas condizem com as metas cumpridas? |  |
|  | Os serviços pagos no período foram prestados adequadamente? |  |
|  | A equipe de trabalho apresentada na prestação de contas condiz com os recursos humanos contratados? |  |
|  | Os equipamentos adquiridos estão no projeto? |  |
|  | O público alvo foi entrevistado, no que diz respeito à satisfação no cumprimento do objeto? |  |
|  | Ocorreu o acompanhamento e avaliação da execução pelo fiscal da transferência , nomeado pelo concedente? |  |
|  | Todos os recursos da transferência, inclusive contrapartida, são movimentados em conta específica para a transferência aberta em banco oficial? |  |
|  | Houve a correta movimentação dos recursos e os lançamentos da conta específica guardam conformidade com os eventos registrados sendo possível conciliar todos os lançamentos contábeis e movimentos financeiros? |  |
|  | Enquanto não utilizados, os recursos foram depositados em poupança ou outra aplicação financeira? |  |
|  | Os rendimentos estão devidamente registrados junto ao saldo contábil da transferência? |  |
|  | Os repasses ocorreram dentro do cronograma previsto / Não houve retenção de parcelas por culpa do tomador? |  |

**Conclusão da Análise Documental das Despesas:**

|  |
| --- |
| *Com base na análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentadas pela Organização da Sociedade Civil na prestação de contas, foi possível verificar o nexo entre as aquisições e as atividades realizadas, metas cumpridas e resultados alcançados?*  **( ) SIM.**  **( ) NÃO, cabendo o cumprimento de medidas administrativas para a instauração de Tomada de Contas da parceria.** |

**Análise de eventuais auditorias realizadas pelos controles interno e externo, no âmbito da fiscalização preventiva, bem como de suas conclusões e das medidas que tomaram em decorrência dessas auditorias:**

|  |
| --- |
| *Relatório:*  *(Esse campo deve ser preenchido Com os dados obtidos junto ao Controle Interno do Município, caso tenham ocorrido auditorias)* |

**Conclusão do Relatório:**

|  |
| --- |
| *Com base nas descrições relatadas e nas análises realizadas, foi possível concluir que a Organização da Sociedade Civil conseguiu comprovar o alcance das metas e resultados estabelecidos no Termo Pactuado. Dessa forma, a Comissão de Monitoramento e Avaliação e o Fiscal designado pela Administração pública, declaramos que a prestação de contas da Organização da Sociedade Civil identificada no presente relatório está:*  **( ) Aprovada**  **( ) Aprovada com ressalva, sendo o motivo:**  **( ) Reprovada, cabendo o cumprimento de medidas administrativas para a instauração de Tomada de Contas da parceria.** |

**Rolândia, xx de xxxxxxx de 2.01x**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nome:**  **C.P.F.**  Fiscal da Transferência |

**HOMOLOGAÇÃO DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| *A Comissão de Monitoramento e Avaliação, constituída através da Portaria Nº xxxxxx de xx de xxxxxxxxx de 20xx, responsável por monitorar e avaliar o cumprimento do objeto da presente parceria, aprova e homologa este Relatório de Monitoramento e Avaliação.*  *(A não aprovação deste relatório pela Comissão implica em paralização da parceria e encaminhamento das prestações de contas para a tomada de contas)*  **Rolândia, xx de xxxxxxx de 2.01x** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Nome:**  **C.P.F.**  Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação | **Nome:**  **C.P.F.**  Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Nome:**  **C.P.F.**  Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação | |