



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

Comissão Municipal para Monitoramento e Avaliação das Parcerias

Organização da Sociedade Civil:

Associação Amigos da Criança de Atibaia – CNPJ – 00.644.883/0001-72

Os responsável(is) da Unidade Gestora, infra-assinado(s) da Prefeitura da Estância de Atibaia, inscrita no CNPJ: 45.279.635/0001-08, elabora relatório de monitoramento e avaliação da(s) parceira(s) com a(s) Organizações da Sociedade Civil, indicando, se for o caso, as ações necessárias para cumprimento do objeto, na forma que segue:

Termo de Colaboração nº 01/2020

Serviço: Escuta Especializada de Crianças e Adolescentes Vítimas e Testemunhas de Violência

Endereço onde o serviço é executado: Rua Sebastião Cesar, nº 118

19. Parque dos Coqueiros - cep 12.944-631

Alvará de Licença de Funcionamento: CLCB 0000657078 *licenciamento integrado*

Vistoria do Corpo de Bombeiros/Validade: _____

Licença Vigilância Sanitária/ nº de alvará, data de expedição: 23/11/2020

Validade: 23/11/2022

Data da Visita: 26/11/2021

Responsáveis pela Visita:

Mara de Castro Valente
Wanderon

A – Técnico de Referência do Programa:

Nome: Cláudia Oliveira Braçion dos Santos

Formação Profissional: Especialista Psicologia Jurídica

Regime de Contratação: CLT CRP 0669/110

Carga Horária: 40h - 9 às 17:00h

B – No. de vagas oferecidas = 100

No. de atendidos: 17 crianças atendidas (mês outubro)

No. de atendidos inscritos em programa de transferência de renda: (CADÚNICO/BPC)

n/c.

Obs - 181 casos atendido no ano de 2021 até presente momento.

C – METODOLOGIA E ATIVIDADES:

Descrever a Metodologia:



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

Entrevistas semi-estruturadas e observações
lúdicas.
após produção de relatórios

ATIVIDADES: Manhã e Tarde ? : sim (✓) não ()

Quais? Entrevistas e observações lúdicas
retorno / relatórios. (para CT; delegacia
M.P. e Fórum quando permitido)

C1 - Equipe Técnica:

Regime de Contratação: C.LT.

Quantas horas de atividades por semana: 40h.

Há hora para planejamento/reunião/estudo: sim () não ()

n/a

C2 - Realiza articulação com a Rede Socioassistencial?

sim

C3 - Realiza discussão de caso com o CREAS/CRAS?

sim realiza (em tempos de pandemia
pelo telefone)

D - Anexo 1 - Quadro referente à composição dos Recursos Humanos da Instituição.

D1 - Realizou pesquisa de interesse / satisfação com participantes: sim () não ()

Comentários: n/a

Os atendidos estão sensíveis aos acontecimentos
do cotidiano e ficam desconfortados com outras pesquisas

D2 - Realizou pesquisa de interesse / satisfação com equipe: sim (✓) não ()

Comentários através de relatos verbais.

X



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

E – Espaço Físico:

Local de execução das atividades:

adequado - sala de atendimento
na sede Amicki

Salubre: *sim*

Acessibilidade:

sim (sala no andar térreo e banheiro p/1
pessoas com necessidades especiais)

Atende necessidade do projeto:

sim

Observações:

3 salas de atendimento; 01

sala de reuniões; recepção; cozinha;
04 banheiros (2 no andar de cima e 02
no andar térreo)

F – Materiais utilizados no serviço:

Material de uso coletivo ou individual:

coletivo

Há material suficientes para todos:

sim

Qualidade do material:

boa

Oferece lanche:

nao

Se sim, qualidade do mesmo: (quais itens?)

—

Comentários:

—

Possui gastos com transporte/passagens? () Sim (X) Não

Como é realizado?

—

H – Impacto social esperado / atingido:

nao *reabilitação* e

compimento do ciclo da violência.

I – Plano de Trabalho:

O Plano de Trabalho está sendo cumprido? Houve alteração?

nao *houve alteração.*

O Plano de Trabalho está sendo cumprido.

+



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

Prestação de Contas: *de acordo e em dia.*

CONCLUSÃO

Atesta quanto ao acompanhamento e monitoramento da parceria: *Regular*

Observações:

Assinatura do Representante da Organização responsável pelas informações:

Função: *Psicóloga - Coordenadora Técnica*

Doc. nº *CRP 06169110*

Nome: *Claudia Oliveira Bragion dos Santos*

Ass.: *[Handwritten signature]*

Assinatura da Equipe de Monitoramento e Avaliação:

[Handwritten signatures]