

## RELATORIO PERIODICO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Termo de  FOMENTO  COLABORAÇÃO Nº 29/2021

Nome da OSC: Casa Transitória André Luiz

Endereço: Avenida 47, 0814 - Celina

Telefone: (17) 3322-8330

Nome do Serviço/Projeto: Projeto Um Novo Olhar

Período Analisado: de Setembro a Dezembro de 2021.

Houve visita in loco:  SIM  NÃO

Se sim, anexar Relatório de Visita Técnica in loco

### Fonte de recurso:

Próprio

FMI – Fundo Municipal do Idoso

FUMDICAD – Fundo Municipal da Criança e Adolescente

FMAS – Fundo Municipal de Assistência Social

Esfera Municipal

Esfera Estadual

Esfera Federal

Valores efetivamente transferidos no período analisado: R\$ 122.460,00

### Despesas Previstas no Projeto

Manutenção/Reforma/Construção

Bens Permanente

Consumo (alimentação, limpeza, oficinas)

RH/Prestadores de Serviços

Outros (especificar) EPIs- COVID19

**Público Alvo:** Jovens e adultos com deficiência que tenham os vínculos familiares

fragilizados ou rompidos.

**Quantidade:** 36

**Faixa etária:** Jovens e adultos

**Objetivo geral resumido:** Prestar atendimento integral através do acolhimento institucional à 36 jovens e adultos com deficiência de ambos os sexos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

**Objetivo específico resumido:**

- Ofertar acolhida humanizada;
- Oferecer espaço físico digno de moradia;
- Prestar apoio psicossocial;
- Promover o acesso a renda.

**Atividades a serem realizadas**

Atividade	Público Alvo	Dia	Horário
Acompanhamento ao usuário no cotidiano da OSC	Jovens e adultos	Segunda à sexta-feira	30 minutos/dia
Visita de familiares/responsáveis e da comunidade	Jovens e adultos	Terça e quinta-feira	2 horas/dia
Atendimento familiar em grupo	Jovens e adultos	1 vez ao mês	--
Passeios com usuários e familiares	Jovens e adultos	1 vez ao mês	--

**Obs:** Devido os idosos estarem acolhidos, as atividades não tem dias e horários específicos para acontecerem, algumas ocorrendo 24 horas/dia.

**Monitoramento e avaliação das Metas informadas no Projeto/Plano de Trabalho:**

Meta	Execução	Observações
Estimular a autonomia e o autocuidado dos usuários	(x) Total ( ) Parcial ( ) Não cumpriu	
Estimular a participação dos usuários na comunidade	(x) Total ( ) Parcial ( ) Não cumpriu	
Realizar avaliação e monitoramento dos serviços prestados	(x) Total ( ) Parcial ( ) Não cumpriu	

**Equipe do Projeto:**

**Prestadores de Serviço Pessoa Física:**

2 cuidadores, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 auxiliar de cozinha.

**Prestadores de Serviço Pessoa Jurídica:**

Não tem

**Registrados (CLT):**


**Voluntários:**

Não tem

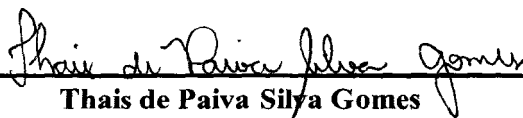
**Documentos verificados:**

- Lista nominal de atendimento por atividade: ( ) Sim ( ) Não
- Relatório Mensal ou Quadrimestral de Atividades: (X) Sim ( ) Não
- Despesas apresentadas na Prestação de Contas: (X) Sim ( ) Não
- Outros documentos (especificar) \_\_\_\_\_

**Observação complementares:**

**Conclusões:**

Segundo as informações contidas no projeto e nas respectivas prestações de contas e relatórios, foi verificado que as metas foram cumpridas.



**Thais de Paiva Silva Gomes**  
**Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação**

  
**Elisabete Aparecida de Souza**

**Membro da Comissão de Monitoramento e Avaliação**