



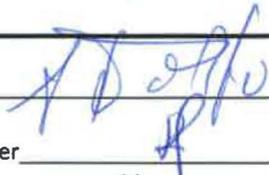
Município de  
São João Batista

**BALANCETE DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**  
**DEMONSTRATIVO DE RECEITAS E DESPESAS**

**CONVÊNIO:** Termo Fomento 006/2017 - Instituto Vidas  
**COMPETÊNCIA:** jan/18

| CONTAS                     | VALORES           | OBSERVAÇÕES                           |
|----------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Convênio Prefeitura (+)    | 166.200,00        | Repasse mensal                        |
| Contrapartidas (+)         | -                 |                                       |
| <b>RECEITAS</b>            | <b>166.200,00</b> |                                       |
| <b>Despesas Variáveis</b>  | <b>100.303,66</b> |                                       |
| Materiais (-)              | -                 |                                       |
| Medicamentos (-)           | -                 |                                       |
| Gases (-)                  | -                 |                                       |
| OPME (-)                   | -                 |                                       |
| Exames (-)                 | -                 |                                       |
| Nutrição (-)               | -                 |                                       |
| Serviços Médicos (-)       | 100.303,66        | NFS: 11393 ;99 ;336 ;98 ;158 ;706 ;12 |
| <b>Despesas Fixas</b>      | <b>56.438,63</b>  |                                       |
| Salários (-)               | 10.186,00         | Referente 07 funcionários CLT         |
| Provisionamento (-)        | -                 |                                       |
| INSS (-)                   | 4.220,36          | Referente 07 funcionários CLT         |
| FGTS (-)                   | 961,02            | Referente 07 funcionários CLT         |
| IRRF (-)                   | -                 |                                       |
| Energia elétrica (-)       | -                 |                                       |
| Água (-)                   | -                 |                                       |
| Lixo (-)                   | -                 |                                       |
| Telefone (-)               | -                 |                                       |
| Serviços de Terceiros (-)  | 41.071,25         | NFS: 845 ;846 ;158                    |
| <b>Despesas Gerais</b>     | <b>5.377,71</b>   |                                       |
| Impressão (-)              | -                 |                                       |
| Equipamentos (-)           | -                 |                                       |
| Móveis (-)                 | -                 |                                       |
| Obras (-)                  | -                 |                                       |
| Manutenção (-)             | -                 |                                       |
| Informática (-)            | -                 |                                       |
| Despesas Financeiras (-)   | -                 |                                       |
| Impostos Retidos (-)       | 5.377,71          | CSRF e IRRF                           |
| Demais Despesas (-)        | -                 |                                       |
| <b>TOTAL DE DESPESAS</b>   | <b>162.120,00</b> |                                       |
| <b>RECEITA - DESPESAS</b>  | <b>4.080,00</b>   |                                       |
| <b>DEVOLUÇÃO MUNICÍPIO</b> | <b>4.080,00</b>   |                                       |

Obs.: Conforme avaliações das comissões de acompanhamento e avaliação das referidas prestações de contas nomeadas pelos Decretos Municipais nº 3175/2017, 3603/2019, 3941/2020 e 3993/2020 respectivamente, atestamos que este extrato/balancete confere com a respectiva prestação de contas avaliada e aprovada pela comissão correspondente do período avaliado.

Adelar José Tolfo 

Karla Izabel Delsenter 

Douglas Santos Soares 

Scheyla Vendresen Froese 

Claudete Cazonatti 



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
Prefeitura Municipal de São João Batista  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
RUA GILSON GERALDO SARTORI, Nº 411

C.G.C 08.361.788/0001-73 - Fone (48) 3265.7890 – FAX: 3265.0195  
E-mail [dirdsaude@sjbatista.sc.gov.br](mailto:dirdsaude@sjbatista.sc.gov.br)

## **ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PRESTAÇÕES DE CONTAS FNS**

Aos dezessete dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte, com início às quatorze horas, nas dependências da sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde, reuniram-se os membros da comissão de monitoramento e avaliação, nomeada através de Decreto Municipal nº 3603/2019, 3941/2020 e 3993/2020 Adelar José Tolfo, Karla Izabel Delsenter, Douglas Santos Soares, Scheyla Vendresen Soares e Claudete Cazonatti. A reunião teve a tarefa específica de avaliação dos extratos/balancetes das prestações de contas das competências 06/2017 até 12/2019 dos convênios nº 006/HMMJL/2017 e 018/FMS/2017 – Instituto Vidas de Assistência à Saúde e o convênio nº 01/2018 das competências 07/2018 a 12/2019 - a REDEH Beneficência Cristã. Todas as prestações de contas haviam passadas por avaliações da comissão competente para cada competência e com as respectivas aprovações. Esta comissão efetuou a análise de cada extrato/balancete e tendo verificado sendo fiel a respectiva prestação de contas apresentadas e aprovadas, deliberou-se como “Aprovados” todos os extratos/balancetes dos períodos citados. São João Batista, 17 de setembro de 2020.

Adelar José Tolfo

Karla Izabel Delsenter

Douglas Santos Soares

Scheyla Vendresen Soares

Claudete Cazonatti



ESTADO DE SANTA CATARINA  
Prefeitura Municipal de São João Batista  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
RUA GILSON GERALDO SARTORI, Nº 411  
C.G.C 08.361.788/0001-73 - Fone (48) 3265.7890 – FAX: 3265.0195  
E-mail dirsauade@sjbatista.sc.gov.br

RELATÓRIO TÉCNICO  
COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – PARTE 1º

|   |                              |  |                         |   |
|---|------------------------------|--|-------------------------|---|
| Organização da Sociedade Civil Beneficiada:<br><b>Vidas Instituto da Assistência à Saúde</b>  |                              |  |                         |   |
| Unidade Gestora de Origem:<br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR JOSÉ LOCKS</b>                                    |                              |  |                         |   |
| Nota de Empenho (N.E) nº:   |                              |  |                         |   |
| Valor da Liberação: <b>166.200,00</b>   |                              |  | Data: <b>02/01/2018</b> |   |
| <b>Categoria</b>  |                              |  |                         |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Subvenção   |                              | <input type="checkbox"/> Contribuição                |                         | <input type="checkbox"/> Auxílio                    |
| <b>Tipo de Parceria:</b>  |                              |  |                         |   |
| <input type="checkbox"/> Termo de Colaboração   |                              | <input checked="" type="checkbox"/> Termo de Fomento |                         | <input type="checkbox"/> Acordo de Cooperação       |
| Número: <b>006/HMMJL/2017</b>   |                              |  |                         |   |
| <b>Modalidade:</b>  |                              |  |                         |   |
| <input type="checkbox"/> Chamamento Público   |                              | <input type="checkbox"/> Dispensa                    |                         | <input checked="" type="checkbox"/> Inexigibilidade |
| Número: <b>01/2017</b>  |                              |  |                         |   |
| Esta Prestação é referente a parcela nº.: <b>8ª parcela – janeiro/2018</b>  |                              |  |                         |   |
| <b>Lista de Verificação de Admissibilidade de PC</b>  |                              |  |                         |   |
|   | <b>Norma Legal</b>           | <b>Fl.</b>   | <b>Sim</b>              | <b>Não</b>  |
| <b>1. Processo Administrativo Inicial</b>   |                              |  |                         |   |
| 1.1 Houve abertura de processo administrativo para a concessão do recurso?  |                              |  | X                       |   |
| 1.2 O extrato da justificativa foi publicado no diário oficial do município?  |                              |  | X                       |   |
| 1.3 Houve impugnação da justificativa?  |                              |  |                         | X   |
| <b>2. Termo de Parceria</b>   |                              |  |                         |   |
| 2.1 Consta no processo a cópia do Termo de parceria ou Acordo de Cooperação?  | IN 14/2012, art. 50 - TCE/SC |  | X                       |   |
| 2.2 O Termo de Parceria ou o Acordo de Cooperação, seguiram as normas determinadas no da Lei Municipal nº 3.721/17 e Lei Federal 13.019/2014? |                              |  | X                       |   |
| <b>3. Plano de Trabalho</b>   |                              |  |                         |   |
| 3.1 O Plano de Trabalho foi devidamente aprovado pelos responsáveis, inclusive pela Assessoria Jurídica?                                      |                              |  | X                       |   |

|  |                               |  |   |     |
|--|-------------------------------|--|---|-----|
| 3.2 Consta a forma de execução das atividades ou dos projetos e de cumprimento das metas a elas atreladas?   |                               |  | X |     |
| 3.3 Está descrito os valores a serem repassados mediante cronograma de desembolso?   |                               |  | X |     |
| 3.4 Está contemplada a definição dos parâmetros a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas?   |                               |  | X |     |
| 3.5 Houve alteração no termo de fomento, colaboração ou no plano de trabalho?  |                               |  |   | X   |
| 3.6 Consta no processo a cópia da alteração (Termo Aditivo ou Apostilamento) ser for o caso?   |                               |  |   |     |
| <b>4. Atuação em Rede</b>  |                               |  |   |     |
| 4.1 A atuação em rede está prevista no edital de chamamento público?   |                               |  |   | X   |
| 4.2 A organização da sociedade civil que atuará em rede possui no mínimo 5 (cinco) anos de inscrição no cadastro nacional de pessoa jurídica – CNPJ. |                               |  |   | X   |
| 4.3 A cópia da celebração do termo de atuação em rede pactuado entre a organização da sociedade civil e a partícipe foi entregue na unidade gestora? |                               |  |   | X   |
| <b>5. Prestação de Contas</b>  |                               |  |   |     |
| 5.1 Consta o Ofício de encaminhamento da prestação de contas assinado pelo presidente da Organização da Sociedade Civil?                             |                               |  | X |     |
| 5.2 Prestação de contas foi entregue no prazo legal?   | IN 14/2012, art. 44 - TCE/SC. |  | X |     |
| 5.3 A prestação de contas é provisória a título de fiscalização?   | IN 14/2012, art. 44 - TCE/SC. |  |   | X   |
| 5.4 Prestação de contas está organizada por parcela, conforme item de despesa, em folha A-4 e numerada?  | IN 14/2012, art. 38 - TCE/SC. |  | X |     |
| 5.5 As metas quantitativas e mensuráveis propostas foram atingidas?  |                               |  | X |     |
| 5.6 Caso negativo, houve justificativa?  |                               |  |   | N/A |
| <b>6. Relatório de Execução Financeira</b>   |                               |  |   |     |
| 6.1 Consta no processo a cópia da Nota de Empenho?   | IN 14/2012, art. 39 - TCE/SC  |  |   | X   |
| 6.2 Consta o relatório de execução financeira – Balancete?   | IN 14/2012, art. 43 - TCE/SC. |  | X |     |
| 6.3 O parecer do conselho fiscal está assinado pelos conselheiros fiscais?   | IN 14/2012, art. 43 - TCE/SC. |  | X |     |
| 6.4 Consta o extrato da conta bancária com movimentação completa do período?   | IN 14/2012, art. 43 - TCE/SC. |  | X |     |
| 6.5 A conta bancária é específica?   | IN 14/2012, art. 27 - TCE/SC. |  | X |     |
| 6.6 Houve aplicação financeira dos recursos com prazo superior a 30 dias?  | IN 14/2012, art. 29 - TCE/SC. |  |   | X   |
| 6.7 O recurso foi integralmente utilizado?   |                               |  |   | X   |
| 6.8 Houve devolução do saldo remanescente?   | IN 14/2012, art. 47 - TCE/SC. |  | X |     |
| 6.9 Há cópias das transferências eletrônicas ou ordens bancárias vinculadas às despesas comprovadas?   | IN 14/2012, art. 27 - TCE/SC. |  | X |     |
| 6.10 Os documentos fiscais da execução da despesa estão nome da Organização da sociedade   | IN 14/2012, art. 30 - TCE/SC. |  | X |     |

|  |                               |  |   |     |
|--|-------------------------------|--|---|-----|
| civil ou parceira da rede?   |                               |  |   |     |
| 6.11 Os documentos fiscais possuem data, durante a vigência do Termo de parceria ou do Acordo de Cooperação?   |                               |  | X |     |
| 6.12 O documento fiscal consta a descrição completa do serviço/material?   | IN 14/2012, art. 30 - TCE/SC. |  | X |     |
| 6.13 O documento fiscal consta quantidade, valor unitário e total do produto/serviço?  | IN 14/2012, art. 30 - TCE/SC. |  | X |     |
| 6.14 Consta no documento fiscal a certificação que o material foi recebido ou o serviço prestado?  | IN 14/2012, art. 36 - TCE/SC. |  | X |     |
| 6.15 Consta na prestação de contas Nota Fiscal Avulsa com o respectivo Documento de Arrecadação Municipal - DAM?   |                               |  |   | N/A |
| 6.16 Há despesa com pagamento de Folha de pessoal?   |                               |  | X |     |
| 6.17 Apresentou Guia de Recolhimento INSS (GPS)?   |                               |  |   | N/A |
| 6.18 Apresentou Guia de Recolhimento FGTS (GRF)  |                               |  |   | N/A |
| 6.19 Apresentou DARF?  |                               |  |   | N/A |
| 6.20. Apresentou a Guia de Recolhimento do FGTS e de Informações à Previdência Social (GFIP)?  |                               |  |   | N/A |
| 6.21 Há despesas com pagamento de diárias, referente a deslocamento, hospedagem e alimentação nos casos em que a execução do objeto da parceria assim o exija? |                               |  |   | X   |

| <b>Receita</b>                                      |                   |
|---|-------------------|
| <b>Transferência</b>                                | <b>Valor</b>      |
| Recurso recebido:                                   | 166.200,00        |
| Aplicação Financeira:                               | 0,00              |
| <b>Total:</b>                                       | <b>166.200,00</b> |
| <b>Despesa</b>                                      |                   |
| <b>1) Despesas Correntes</b>                        |                   |
| 1.1) Material de Consumo:                           |                   |
| 1.2) Pessoal e Encargos Gerais (folha de pagamento) | 15.367,38         |
| 1.3) Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física   |                   |
| 1.4) Outros Serviços de Terceiros–Pessoa Jurídicos  | 146.752,62        |
| <b>Total (1):</b>                                   | <b>162.120,00</b> |
| <b>2) Despesa de Capital</b>                        |                   |
| 2.1) Equipamentos e Material Permanente             | 0,00              |
| <b>Total (2):</b>                                   |                   |
| <b>3) Custos Indiretos</b>                          |                   |
| Internet:   | 0,00              |
| Transporte:   | 0,00              |
| Aluguel:  | 0,00              |
| Telefone:   | 0,00              |
| Água:   | 0,00              |
| Luz:  | 0,00              |
| Gás   | 0,00              |
| Assessoria Jurídica:                                | 0,00              |
| Serviços Contábeis:                                 | 0,00              |
| Outros Custos: (especificar)                        |                   |
| <b>Total (3):</b>                                   |                   |
| <b>Total (1+2+3)</b>                                |                   |

|                        |          |
|------------------------|----------|
| 4) Despesas Glosadas:  | 0,00     |
| 5) Saldo a devolver:   | 4.080,00 |
| 6) Saldo a transportar | 0,00     |

| 7. Custos   | Norma Legal                   | Sim | Não |
|---|-------------------------------|-----|-----|
| 7.1 Os custos indiretos estão vinculados à execução do projeto?                                 |                               |     | N/A |
| 7.2 Houve a aquisição de equipamentos e matérias permanentes essenciais à consecução do objeto? |                               |     | X   |
| 7.3 Caso positivo, o bem foi gravado com cláusula de inalienabilidade?                          |                               |     | N/A |
| 7.4 A despesa foi executada conforme Plano de Trabalho aprovado?                                | IN 14/2012, art. 47 - TCE/SC. | X   |     |
| 7.5 Consta Fotografia ou outras mídias sobre a execução do projeto?                             | IN 14/2012, art. 43 - TCE/SC. |     | X   |
| 7.6 Há comprovação de despesa com combustível?  | IN 14/2012, art. 30 - TCE/SC. |     | X   |
| 7.7 Há comprovação de despesa com publicidade?  | IN 14/2012, art. 34 - TCE/SC. |     | X   |
| 7.8 Há comprovação de despesa com alimentação?  | IN 14/2012, art. 43 - TCE/SC  |     | X   |
| 7.9 Há comprovação de despesa com assessoria?   | IN 14/2012, art. 43 - TCE/SC  |     | X   |
| 7.10 Há comprovação de despesa com locação de veículo (transporte)?                             | IN 14/2012, art. 43 - TCE/SC  |     | X   |
| 7.11 Há comprovação de despesa com curso, seminário, Workshop?                                  | IN 14/2012, art. 43 - TCE/SC  |     | X   |
| 7.12 Há comprovação de despesa com locação de equipamentos?                                     | IN 14/2012, art. 43 - TCE/SC  |     | X   |

## CONCLUSÃO

Desta forma, após análise da documentação apresentada, a Comissão de Monitoramento e Avaliação, quanto à análise dos pré-requisitos exigidos para a prestação de contas e a execução das despesas, considera que a prestação de contas apresentada é:

- Regular.
- Regular com ressalva.
- Irregular, para abertura de diligência.

São João Batista, 05 de março de 2018.

  
 Rafaela Ferrari Ferreira Mat. 4417  
 Comissão de Monitoramento e Avaliação

  
 Venésio Fagundes Mat. 8228  
 Comissão de Monitoramento e  
 Avaliação

  
 Aline Maria Paulista Mat. 2199  
 Comissão de Monitoramento e Avaliação



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
Prefeitura Municipal de São João Batista  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
RUA GILSON GERALDO SARTORI, Nº 411  
C.G.C 08.361.788/0001-73 - Fone (48) 3265.7890 – FAX: 3265.0195  
E-mail dirsaude@sjbatista.sc.gov.br

**PARECER DE ADMISSIBILIDADE DO GESTOR DO TERMO PARTE 2º**

|  |  |
|--|--|
| Organização da Sociedade Civil Beneficiada:<br><b>VIDAS INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>               |  |
| Unidade Gestora de Origem:<br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR JOSÉ LOCKS</b> |  |
| Nota de Empenho (NE) nº:   |  |
| Valor da Liberação: <b>166.200,00</b>  | Data: <b>02/01/2018</b>  |
| <b>Categoria</b>   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Subvenção  | <input type="checkbox"/> Contribuição <input type="checkbox"/> Auxílio                             |
| <b>Tipo de Parceria:</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Termo de Colaboração  | <input checked="" type="checkbox"/> Termo de Fomento <input type="checkbox"/> Acordo de Cooperação |
| Número: <b>006/HMMJL/2017</b>  |  |
| <b>Modalidade:</b>   |  |
| <input type="checkbox"/> Chamamento Público  | <input type="checkbox"/> Dispensa <input checked="" type="checkbox"/> Inexigibilidade              |
| Número: <b>01/2017</b>   |  |
| Esta Prestação é referente a parcela nº.: <b>8ª parcela – janeiro/2018</b>                                 |  |

| <b>Lista de Verificação de Admissibilidade de PC</b>  | <b>Norma Legal</b>            | <b>Sim</b> | <b>Não</b> |
|---|-------------------------------|------------|------------|
| 1. O relatório da comissão de monitoramento e avaliação está de acordo com o que determina do Decreto?                              |                               | X          |            |
| 2. Consta no relatório da comissão de monitoramento e avaliação a cópia da portaria de designação dos seus membros?                 |                               | X          |            |
| 3. A comissão de monitoramento solicitou abertura de diligência?  |                               |            | X          |
| 4. O relatório de monitoramento e avaliação conclui pela aprovação da prestação de contas?  |                               | X          |            |
| 5. O relatório de monitoramento e avaliação conclui pela reprovação da prestação de contas?   |                               |            | X          |
| 6. A execução da parceria foi acompanhada e fiscalizada pelos conselhos das áreas correspondentes a atuação existente?              |                               | X          |            |
| 7. Pode-se considerar com base no relatório de monitoramento que as metas foram alcançadas, conforme proposto no plano de trabalho? |                               | X          |            |
| 8. Verifica-se algum indício de irregularidade no processo?   |                               |            | X          |
| 9. A prefeitura realizou fiscalizações preventivas na organização da sociedade civil?   |                               | X          |            |
| 10. A organização da sociedade civil possui outros convênios com os demais órgãos da prefeitura?                                    |                               | X          |            |
| 11. Se a resposta acima for positiva, a organização da sociedade civil está em dia com as prestações de contas?                     |                               | X          |            |
| 12. A execução da despesa está vinculada ao objeto proposto?  | IN 14/2012, art. 47 - TCE/SC. | X          |            |
| 13. A organização da sociedade civil foi alvo de alguma denúncia?   |                               |            | X          |
| 14. Os salários pagos então dentro do preço de mercado?   |                               | X          |            |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 15. Houve remuneração de dirigentes?  |  |   | X |
| 16. O processo de prestação de contas deve ser melhorado?   |  | X |   |
| 17. A organização da sociedade civil necessita de curso de formação para melhor executar o processo de prestação de contas? |  |   | X |
| 18. Necessita de fiscalização aprimorada?   |  |   | X |

**O Gestor do Termo**, no uso de suas atribuições e em conformidade com a legislação municipal, após análise dos documentos apresentados pela Organização da Sociedade Civil e do relatório de técnico emitido pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, descreve que:

1. A organização da sociedade civil, já alcançou os resultados e benefícios de acordo com as metas propostas no plano de trabalho conforme produção apresentada para inserção na base de dados do Ministério da Saúde. Os Boletins de Produção Ambulatorial – BPA foram avaliados pela equipe de controle e avaliação da SMS e foram aprovados.
2. Para o acompanhamento diário da execução dos serviços a SMS mantém a Servidora Rafaela Ferrari Ferreira, Técnica de Enfermagem designada para o setor da prestação dos referidos serviços, e membra da comissão de monitoramento e avaliação.
3. Quanto ao impacto social e econômico do projeto, verifica-se, através da redução das filas de espera e dos quantitativos apresentados, antes e depois do início dos serviços contratados, nos BPA's que foram informados nos BD do MS, que o mesmo beneficia diretamente a população municipal usuárias da saúde pública.
4. Tendo o contrato estar em fase ainda inicial, torna-se necessário a continuidade da execução do mesmo e avaliação dos resultados para mensurar os objetivos alcançados para planejar a necessidade e quantificar a continuação ou não do projeto.

### **CONCLUSÃO**

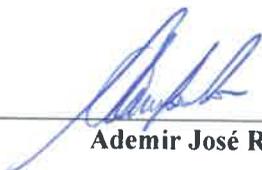
Desta forma, após acompanhamento do projeto, análise dos documentos apresentados pela Organização da Sociedade Civil e do relatório de técnico emitido pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, registram-se os seguintes apontamentos:

Sem restrições e ou recomendações para o momento.

Assim sendo, concluo pela **APROVAÇÃO** desta prestação de contas.

- (X) Regular.
- ( ) Regular com ressalva.
- ( ) Irregular, para abertura de diligência.

São João Batista, 05 de maro de 2018.


---

**Ademir José Rover**

**ESTADO DE SANTA CATARINA**

Prefeitura Municipal de São João Batista

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA GILSON GERALDO SARTORI, Nº 411

C.G.C 08.361.788/0001-73 - Fone (48) 3265.7890 – FAX: 3265.0195

E-mail dirsauade@sjbatista.sc.gov.br

**PARECER DE ADMISSIBILIDADE FINAL  
SETOR DE PRESTAÇÃO DE CONTAS OU AFINS – PARTE 3º**

|   |  |   |
|---|--|---|
| Organização da Sociedade Civil Beneficiada:<br><b>VIDAS INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>                |  |   |
| Unidade Gestora de Origem:<br><b>Secretaria Municipal de Saúde/ Hospital Municipal Monsenhor José Locks</b> |  |   |
| Nota de Empenho (NE) nº:  |  |   |
| Valor da Liberação: <b>166.200,00</b>   |  | Data: <b>02/01/2018</b>                       |
| <b>Categoria</b>  |  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Subvenção   | <input type="checkbox"/> Contribuição                | <input type="checkbox"/> Auxílio              |
| <b>Tipo de Parceria:</b>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Termo de Colaboração   | <input checked="" type="checkbox"/> Termo de Fomento | <input type="checkbox"/> Acordo de Cooperação |
| Número: <b>006/HMMJL/2017</b>   |  |   |
| <b>Modalidade:</b>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Chamamento Público   | <input checked="" type="checkbox"/> Dispensa         | <input type="checkbox"/> Inexigibilidade      |
| Número: <b>01/2017</b>  |  |   |
| Esta Prestação é referente a parcela nº.: <b>8ª PARCELA – janeiro/2018</b>                                  |  |   |

O Setor de Prestação de Contas da Secretaria Saúde, confirma que a prestação de contas acima descrita, apresenta os documentos mínimos exigidos pela legislação vigente:

- Documentação Entregue pela Entidade
- Relatório Técnico emitido pela Comissão de Monitoramento e Avaliação
- Parecer do Gestor do Termo

**CONCLUSÃO**

Desta forma, após análise dos documentos apresentados pela Organização da Sociedade Civil, do relatório técnico emitido pela Comissão de Monitoramento e Avaliação e do Parecer do Gestor do Termo, registram-se sem nenhuma restrição pela aprovação.

Assim sendo, concluo pela APROVAÇÃO desta prestação de contas.

- Regular.
- Regular com ressalva.
- Irregular, para abertura de diligência.

São João Batista, 09 de abril de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
Secretaria Municipal de saúde



## ESTADO DE SANTA CATARINA

Prefeitura Municipal de São João Batista

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA GILSON GERALDO SARTORI, Nº 411

C.G.C 08.361.788/0001-73 - Fone (48) 3265.7890 – FAX: 3265.0195

E-mail dirsauade@sjbatista.sc.gov.br

### PARECER DE ADMISSIBILIDADE FINAL CONTROLE INTERNO E SECRETÁRIO DA UNIDADE GESTORA – PARTE 4º

|   |  |   |
|---|--|---|
| Organização da Sociedade Civil Beneficiada:<br><b>Vidas Instituto de Assistência à Saúde</b>                |  |   |
| Unidade Gestora de Origem:<br><b>Secretaria Municipal de Saúde/ Hospital Municipal Monsenhor José Locks</b> |  |   |
| Nota de Empenho (NE) nº:  |  |   |
| Valor da Liberação: <b>166.200,00</b>   | Data: <b>02/01/2018</b>                              |   |
| <b>Categoria</b>  |  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Subvenção   | <input type="checkbox"/> Contribuição                | <input type="checkbox"/> Auxílio              |
| <b>Tipo de Parceria:</b>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Termo de Colaboração   | <input checked="" type="checkbox"/> Termo de Fomento | <input type="checkbox"/> Acordo de Cooperação |
| Número: <b>006/HMMJL/2017</b>   |  |   |
| <b>Modalidade:</b>  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Chamamento Público   | <input checked="" type="checkbox"/> Dispensa         | <input type="checkbox"/> Inexigibilidade      |
| Número: <b>01/2017</b>  |  |   |
| Esta Prestação é referente a parcela nº.: <b>8ª PARCELA – janeiro/2018</b>                                  |  |   |

A **Coordenadoria de Controle Interno**, após análise dos documentos apresentados pela Organização da Sociedade Civil, do relatório técnico emitido pela Comissão de Monitoramento e Avaliação, do Parecer do Gestor e da análise do setor de prestação de contas ou afins, descreve que:

#### RESTRICÇÕES:

#### RECOMENDAÇÕES:

Assim sendo, concluo pela **APROVAÇÃO** desta prestação de contas.

- Regular, recomendamos a baixa contábil.
- Regular com ressalva, recomendamos a baixa contábil.
- Irregular, para abertura de diligência.

São João Batista, 17 de 05 de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
Fernando Souza Dutra  
Coordenador de Controle Interno

O **Secretário** responsável pela Unidade Gestora, após análise dos documentos apresentados, conclui pela:

- Regular, para a baixa contábil.
- Regular com ressalva, para a baixa contábil.
- Irregular, para abertura de diligência.

São João Batista, 22 de 05 de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
Ademir José Rover



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
Prefeitura Municipal de São João Batista  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
RUA GILSON GERALDO SARTORI, Nº 411

C.G.C 08.361.788/0001-73 - Fone (48) 3265.7890 – FAX: 3265.0195  
E-mail [dirdsaude@sjbatista.sc.gov.br](mailto:dirdsaude@sjbatista.sc.gov.br)

Ata da Reunião da Comissão de Monitoramento e Avaliação realizada no dia 05 de março de 2018.

Aos cinco dias do mês de março do ano de dois mil e dezoito, as vinte horas, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, reuniram-se os membros da comissão de monitoramento e avaliação, Sr. Venésio Fagundes, Sr<sup>a</sup>. Aline Maria Paulista e Sr<sup>a</sup>. Rafaela Ferrari Ferreira, para tratarem da finalização da análise de prestação de contas da **8ª parcela** do Convênio nº 006/HMMJL/2017, e do Convênio nº 018/FMS/2017 PMSJB. Nas análises efetuadas foram adotados os formulários que seguem em anexo e as bases legais: Lei Federal nº 13.019/2014; Lei Ordinária Municipal nº 3721/2017; Decreto Municipal nº 3153/2017; Decreto Municipal nº 3118/2017 e IN 14/2012 do TCE/SC. Os dados utilizados para estas análises foram os contidos nas devidas prestações de contas apresentadas pelo VIDAS INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE, dados apresentados, mensalmente, na forma de Boletins de Produção Ambulatorial – PBA's efetuados nos locais de atenção e conferidos pelo Controle e Avaliação da Secretaria Municipal da Saúde e posteriormente digitados e processados junto ao DATASUS/MS, acompanhamento diário da execução dos serviços pela técnica de enfermagem e membra desta Comissão a Sr<sup>a</sup> Rafaela Ferrari Ferreira, visitas periódicas efetuadas pelos demais membros da Comissão e pela gestão municipal, bem como pela redução das filas de espera por consultas e procedimentos contidos na contratualização destes convênios conferidos manualmente e pelo SISREG. Estas análises também foram apreciadas pelo Conselho Municipal de Saúde em reunião do dia 05/03/2017 que antecedeu esta. Pela avaliação desta comissão não foram encontradas nenhuma irregularidade que inviabilizasse a aprovação das devidas prestações de contas. Mas será necessário para as próximas apresentações a sequência numerada de páginas na prestação de contas, apresentação da relação de pacientes e procedimentos realizados anexados a cada nota fiscal, bem como a especificação das despesas com responsabilidade técnica com nome de profissionais e período de atuação, como também os valores pagos para os serviços de acreditação e premiação. Não havendo nada mais a tratar redigiu-se esta ata que segue assinada por todos os presentes.

Venésio Fagundes \_\_\_\_\_

Aline Maria Paulista \_\_\_\_\_

Rafaela Ferrari Ferreira \_\_\_\_\_