



Município de  
São João Batista

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

**CONVÊNIO:** Termo Fomento 006/2017 - Instituto Vidas  
**COMPETÊNCIA:** mar/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>145.042,27</b> |                                 |
| Materiais (-)              | -                 |                                 |
| Medicamentos (-)           | -                 |                                 |
| Gases (-)                  | -                 |                                 |
| OPME (-)                   | -                 |                                 |
| Exames (-)                 | -                 |                                 |
| Nutrição (-)               | -                 |                                 |
| Serviços Médicos (-)       | 145.042,27        | NFS: 6871 ;6870 ;6876 ;740 ;192 |
| <b>Despesas Fixas</b>      | <b>16.616,48</b>  |                                 |
| Salários (-)               | 11.266,00         | Referente 07 funcionários CLT   |
| Provisionamento (-)        | -                 |                                 |
| INSS (-)                   | 4.364,58          | Referente 07 funcionários CLT   |
| FGTS (-)                   | 985,90            | Referente 07 funcionários CLT   |
| IRRF (-)                   | -                 |                                 |
| Energia elétrica (-)       | -                 |                                 |
| Água (-)                   | -                 |                                 |
| Lixo (-)                   | -                 |                                 |
| Telefone (-)               | -                 |                                 |
| Serviços de Terceiros (-)  | -                 |                                 |
| <b>Despesas Gerais</b>     | <b>461,25</b>     |                                 |
| Impressão (-)              | -                 |                                 |
| Equipamentos (-)           | -                 |                                 |
| Móveis (-)                 | -                 |                                 |
| Obras (-)                  | -                 |                                 |
| Manutenção (-)             | -                 |                                 |
| Informática (-)            | -                 |                                 |
| Despesas Financeiras (-)   | -                 |                                 |
| Impostos Retidos (-)       | 461,25            | 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 [dირsaude@sjbatista.sc.gov.br](mailto:dირsaude@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>02/03/2018</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>10ª parcela – março/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) | 16.616,48         |
| 1.3) Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física   |                   |
| 1.4) Outros Serviços de Terceiros–Pessoa Jurídicos  | 145.503,52        |
| <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, 01 de agosto 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 [dirsauade@sjbatista.sc.gov.br](mailto:dirsauade@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>02/03/2018</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>10ª parcela – março/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.

## **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, 01 de agosto 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 dirsaude@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>02/03/2018</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>10ª PARCELA – março/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, 03 de setembro 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 dirsaude@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>02/03/2018</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>10ª PARCELA – março/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, 27 de 09 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, 02 de 10 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.C08.361.788/0001-73 - 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 01 de agosto de 2018.

Ao primeiro dia do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito, as quinze 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 9<sup>a</sup>, 10<sup>a</sup>, 11<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, parcelas 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 equipe gestora municipal. 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