



Município de  
São João Batista

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

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

CONTAS	VALORES	OBSERVAÇÕES
Convênio Prefeitura (+)	169.010,50	Repasso mensal
Contrapartidas (+)	18.869,12	
<b>RECEITAS</b>	<b>187.879,62</b>	
<b>Despesas Variáveis</b>	<b>148.560,13</b>	
Materiais (-)	-	
Medicamentos (-)	-	
Gases (-)	-	
OPME (-)	-	
Exames (-)	-	
Nutrição (-)	-	
Serviços Médicos (-)	148.560,13	NFS:16 ;15 ;7974 ;72 ;67 ;7973 ;71 ;714 ;8 ;17 ;15 ;8030 ;25 ;26 ;18 ;935 ;27
<b>Despesas Fixas</b>	<b>22.774,64</b>	
Salários (-)	19.075,00	Referente 08 funcionários CLT
Provisionamento (-)	-	
INSS (-)	2.173,93	Referente 08 funcionários CLT
FGTS (-)	1.525,71	Referente 08 funcionários CLT
IRRF (-)	-	
Energia elétrica (-)	-	
Água (-)	-	
Lixo (-)	-	
Telefone (-)	-	
Serviços de Terceiros (-)	-	
<b>Despesas Gerais</b>	<b>16.544,85</b>	
Impressão (-)	-	
Equipamentos (-)	-	
Móveis (-)	-	
Obras (-)	-	
Manutenção (-)	-	
Informática (-)	-	
Despesas Financeiras (-)	-	
Impostos Retidos (-)	3.187,42	CSRF e IRRF
Demais Despesas (-)	13.357,43	
<b>TOTAL DE DESPESAS</b>	<b>187.879,62</b>	
<b>RECEITA - DESPESAS</b>	<b>-</b>	

### DEVOLUÇÃO MUNICÍPIO

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 [dirsaude@sjbatista.sc.gov.br](mailto:dirsaude@sjbatista.sc.gov.br)

**RELATÓRIO TÉCNICO**  
**COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – PARTE 1º**

Organização da Sociedade Civil Beneficiada: <b>Vidas Instituto da Assistência à Saúde</b>				
Unidade Gestora de Origem: <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR JOSÉ LOCKS</b>				
Nota de Empenho (N.E) nº:				
Valor da Liberação: <b>169.010,50</b>			Data: <b>20/12/2018 e 02/01/2019</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>7ª parcela – dezembro/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 na 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

Receita	
Transferência	Valor
Recurso recebido:	169.010,50
Aplicação Financeira:	0,00
<b>Total:</b>	<b>169.010,50</b>
Despesa	
<b>1) Despesas Correntes</b>	
1.1) Material de Consumo:	
1.2) Pessoal e Encargos Gerais (folha de pagamento)	22.759,64
1.3) Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física	
1.4) Outros Serviços de Terceiros–Pessoa Jurídicos	146.250,86
<b>Total (1):</b>	<b>169.010,50</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:	0,00
6) Saldo a transportar	0,00

<b>7. Custos</b>	<b>Norma Legal</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
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, 30 de janeiro de 2019.

  
 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: <b>VIDAS INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>		
Unidade Gestora de Origem: <b>SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR JOSÉ LOCKS</b>		
Nota de Empenho (NE) nº:		
Valor da Liberação: <b>169.010,50</b>	Data: <b>20/12/2018 e 02/01/2019</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>7ª parcela – dezembro/2018</b>		

Lista de Verificação de Admissibilidade de PC	Norma Legal	Sim	Não
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. 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.

3. Tendo o contrato estar em fase intermediária, 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, 30 de janeiro de 2019.



\_\_\_\_\_  
Gestor do termo



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

Organização da Sociedade Civil Beneficiada: <b>VIDAS INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	
Unidade Gestora de Origem: <b>Secretaria Municipal de Saúde/ Hospital Municipal Monsenhor José Locks</b>	
Nota de Empenho (NE) nº:	
Valor da Liberação: <b>169.010,50</b>	Data: <b>20/12/2018 e 02/01/2019</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>7ª PARCELA – dezembro/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, 30 de janeiro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
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: <b>Vidas Instituto de Assistência à Saúde</b>		
Unidade Gestora de Origem: <b>Secretaria Municipal de Saúde/ Hospital Municipal Monsenhor José Locks</b>		
Nota de Empenho (NE) nº:		
Valor da Liberação: <b>169.010,50</b>	Data: <b>20/12/2018 e 02/01/2019</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>7ª PARCELA – dezembro/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, 05 de 02 de 20 19.

  
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, 01 de 03 de 20 19.

  
Karin Cristine Geller Leopoldo



**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 30 de janeiro de 2019.

Aos trinta dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezenove, as quatorze 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 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> parcelas do Convênio nº 006/HMMJL/2017, e do Convênio nº 018/FMS/2017 PMSJB/**renovação em 06/2018**. 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, notas fiscais, folhas de pagamento, recolhimentos de encargos sociais, lista de pacientes atendidos, de Boletins de Produção Ambulatorial – PBA's/Laudos Médicos, 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 gestão municipal, 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. 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 \_\_\_\_\_

*Rafaela Ferrari Ferreira*