RELATÓRIO PARCIAL DE EXECUÇÃO DO OBJETO

OU

RELATÓRIO FINAL DE EXECUÇÃO DO BOJETO

NOME DA OSC

|  |
| --- |
| **TERMO DE FOMENTO Nº XXX/XXXX-FPS** |

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICAÇÃO DA OSC**
 |
| INSTITUIÇÃO: |  | CNPJ: |  |
| ENDEREÇO: |  | MUNICÍPIO: |  |
| PONTO DE REFERÊNCIA: |  | CEP: |  |
| CONTATO: |  | E-MAIL: |  |
| PRESIDENTE: |  |
| GESTOR DA PARCERIA: |  |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMAÇÕES FINANCEIRAS**
 |
| IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO: |  |
| VALOR REPASSADO PELO FPS: | R$ XX.XXX,XX | DATA DE ASSINATURA DO FOMENTO: | XX/XX/XXXX |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMAÇÕES DAS ATIVIDADES**
 |
| Período: *Informar qual período se refere (mensal, trimestral, semestral como entre outros), bem como demonstrar os meses a que se refere.* |
| 1. **APRESENTAR O ALCANCE DAS METAS**
 |
| Metas: Descrever as metas propostas no plano de trabalho*.*  ***As metas abaixo são meramente ilustrativas para auxiliar na elaboração do alcance das Metas estipuladas pela OSC:******Metas 01:***Proporcionar o transporte seguro das crianças para as suas necessidades da vida diária; Alcançando assim 100 atendimentos digno e de bem estar nas necessidades da vida diária das crianças durante o período de acolhimento, duração de 12 meses.***ALCANCE:***Foi realizado o transporte seguro das crianças nas atividades da vida diária (médico, dentista e exames), devido à pandemia e o isolamento social seguimos as recomendações da OMS. No período referente aos meses de agosto/2019 a novembro/2020.***AÇÕES DESENVOLVIDAS:*** *Descrever como se deu a definição do calendário de utilização do carro, como se deu a definição das regras para utilização (cronograma de utilização, como se dá o abastecimento do carro, a manutenção, etc).****Metas 02:*** Facilitar aos profissionais a locomoção para as visitas domiciliares para o acompanhamento e fortalecimento de vínculos; assim aumentar de 50 para 100 as visitas, sendo assim, melhora a qualidade dos serviços oferecidos, duração de 12 meses. ***ALCANCE:*** Com a aquisição do automóvel as atividades desenvolvidas pelos profissionais foram oferecidas com maior qualidade, na locomoção para as visitas domiciliares para o acompanhamento e fortalecimento de vínculos, como também foi o diferencial na realização no período referente aos meses de agosto/2019 a novembro/2020. E com a chegada do veículo foi alcançado as 100 visitas domiciliares. Nos anexos seguem as comprovações.***AÇÕES DESENVOLVIDAS:*** *Descrever como se deu a definição do calendário do carro para realização de visitas domiciliares (dias de rota definidos, quantos usuários atendidos), quanto aumentou a realização de visitas.****Meta 03:*** Atender as necessidades diárias biopsicossociais de cada criança e adolescente acolhida, enquanto a mesma estiver na instituição;sendo atendidas 20 crianças e adolescente com atendimento individual, com duração de 12 meses.***ALCANCE:*** Foram atendidas todas as criança e adolescente com transporte adequado e seguro nas necessidades diárias biopsicossociais, ida aos atendimentos a saúde (médicos, dentista, vacinas) e outros serviços pertinentes à criança acolhida. Nos anexos do relatório segue os registros fotográficos do veiculo sendo utilizado.***AÇÕES DESENVOLVIDAS:*** *Descrever o cronograma dos atendimentos.***OBSERVAÇÃO:** Caso alguma meta não tenha sido alcançada, apresentar justificativa embasada e respaldada com fatos que comprovem o não alcance da(s) meta(s), considerando que esta informação será mensurada no período final do fomento. |
| **O Item a seguir é específico para fomentos cujo o referido objeto for REFORMA /AMPLIAÇÃO** |
| 1. **REFORMA/AMPLIAÇÃO (em caso de obras)**
 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição dos serviços: |  |
| Empresa contratada: |  |
| Responsável técnico: |  |
| CREA/CAU: |  |
| Valor Total Contratado (R$): |  |
| Recurso Próprio (R$): |  |
| Valor Total Medido (R$): |  |

|  |
| --- |
| **MEDIÇÕES** |
| **MEDIÇÃO** | **VALOR** | **%** | **DATA** | **NF** |
| 1ª Medição |  |  |  |  |
| 2ª Medição |  |  |  |  |
| 3ª Medição |  |  |  |  |
| **TOTAL:** |  |  |  |

 |
| 1. **DESCREVER OS IMPACTOS SOCIAIS E/OU ECONÔMICOS DO PROJETO**
 |
| Descrever os impactos econômicos e sociais das ações desenvolvidas, citando detalhadamente as melhorias alcançadas durante a execução do objeto. **Exemplo:** Assegurar a proteção das crianças e adolescentes, reduzindo os danos provocados por situações violadoras de direitos e melhoria na qualidade e atendimento dos nossos acolhidos para que os mesmos possam usufruir enquanto permanecerem na instituição. |
| 1. **INFORMAR O GRAU DE SATISFAÇÃO DO PÚBLICO ATENDIDO PELO PROJETO**
 |
| Conforme o Decreto 8.726/2016, Art. 55 –- (USAR MODELO EM ANEXO) **do grau de satisfação do público-alvo, que poderá ser indicado por meio de pesquisa de satisfação, declaração de entidade pública ou privada local e declaração do conselho de política pública setorial, entre outros**;Realizar pesquisa de satisfação individual do público atendido na sua totalidade pelo projeto, colocar no corpo do relatório apenas a tabulação desta e informar o quantitativo de quantos beneficiários ficaram satisfeitos, insatisfeitos e quantos não participaram da pesquisa. É obrigatória a assinatura em cada pesquisa individual realizada por cada atendido.**Exemplo:** Por meio da pesquisa de satisfação, foi possível comprovar que os 20 atendidos pela instituição ficaram satisfeito com o projeto. Em anexo segue os questionários da pesquisa. |
| 1. **INFORMAR COMO SE DARÁ A SUSTENTABILIDADE DO PROJETO**
 |
| Como se dará a continuidade do projeto e manutenção dos objetos após o término do fomento. (informar como será realizada a captação de recursos para a continuidade desse. Ex;, como: apoio de parceria públicas, privadas e recursos próprios).**Exemplo:** Após o término do projeto os usuários foram conscientizados a manter e zelar pelo bem adquirido. Além disso, com a parceria com outros órgãos e privados manterão a continuidade do projeto. |
| 1. **INFORMAR OS DOCUMENTOS DE COMPROVAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO OBJETO, COMO LISTA DE PRESENÇAS, FOTOS, VÍDEOS, ENTRE OUTROS;**
 |
| 1. Anexar neste relatório:

**Meta 01:*** Tabela de saída e retorno do veículo, incluindo dias e horário e atividades que foi realizada;
* Relatório de utilização do veículo; (um por mês, sendo 12 meses conforme o Plano de Trabalho);
* Registro fotográfico (com legendas e datas)

**Meta 02:*** Relatório de utilização; (um por mês, sendo 12 meses conforme o Plano de Trabalho)
* Registro fotográfico (com legendas e datas);
* Relatório de atividades; (um por mês, sendo 12 meses conforme o Plano de Trabalho)
* Formulário de Mapeamento das visitas; (uma por mês, sendo 12 meses conforme o Plano de Trabalho).

**Meta 03:****OBSERVAÇÃO:** Caso no Plano de Trabalho tenham sido informados os mesmos meios de verificação para as três metas, não é preciso duplicar o mesmo documento.**OBSERVAÇÃO: Para meios de verificação como Lista de presença, Lista de Participação em Palestras, Ficha de inscrição de curso, dentre outras, essas sempre deverão estar datados e com título, informar também o número do termo de fomento no rodapé ou cabeçalho.**  |
| 1. **FOTOS COM LEGENDAS EXPLICATIVAS**
 |
| INSERIR FOTO | INSERIR FOTO |
| **FOTO 1 – Inserir descrição** | **FOTO 2 – Inserir descrição** |
| INSERIR FOTO | INSERIR FOTO |
| **FOTO 1 – Inserir descrição** | **FOTO 2 – Inserir descrição** |
| INSERIR FOTO | INSERIR FOTO |
| **FOTO 1 – Inserir descrição** | **FOTO 2 – Inserir descrição** |

XXXXXXX, de XX de XXXXXX de XXXXX.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome (do Presidente da OSC)

**PRESIDENTE**