| **PARECER TÉCNICO**  *(O relatório “Parecer Prévio prorrogação de prazo” deve ter controle sequencial para cada parceria)* | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número do processo SEI:** | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DA PARCERIA** | | | | |
| **Modalidade**  ( ) Termo de Colaboração  ( ) Termo de Fomento | | **Termo de Colaboração/Fomento Nº ......**  *(Identificar com o Nome e Número do Instrumento da Parceria)* | | |
| Nome da Organização da Sociedade Civil  XXXXXXXXXX | | | | |
| Dirigente: | | | | |
| CNPJ  XXXXXXXXXX | | DDD/Telefone: XXXXXXXXX  Email: XXXXXXX | | |
| Endereço:  XXXXXXXXXX | | | | |
| Nome do Órgão | | | | |
| Período de vigência da Parceria: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_\_ *(período que consta no termo)*  Período de vigência do *X*º Termo Aditivo: \_\_/\_\_/\_\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_\_*(preencher com os períodos se houver termo aditivo)* | | | | |
| Valor Total da Parceria: | Valor Repassado pela Administração Pública: | | | |
| Endereço de instalação da Parceria:  *(informar o endereço do local de funcionamento das atividades desenvolvidas por meio da respectiva parceria)* | | | | |
| Objeto da Parceria:  *(informar conforme o Plano de Trabalho)* | | | | |
| Ofício nº *(ofício que solicita a prorrogação)*  Data do recebimento do Ofício: / / | | | | |
| Justificativa da prorrogação: *(informar as justificativas apresentadas para a prorrogação)* | | | | |
| Cumprimento do objeto *(analisar se objeto da parceria está sendo executado de forma satisfatória, atingindo as metas estabelecidas e os resultados previstos).*  Conclusão:  ( ) atesto que o objeto da parceria vem sendo executado a contento  ( ) atesto que o objeto da parceria NÃO vem sendo executado a contento | | | | |
| Análise dos custos: *(analisar a compatibilidade dos custos com os preços praticados no mercado ou com outras parcerias da mesma natureza)*  Conclusão: ( ) custos compatíveis com os praticados no mercado/outras parcerias;  ( ) custos não compatíveis com os praticados no mercado/outras parcerias; | | | | |
| Regularidade fiscal *(Certificado de Regularidade de Transferência Estadual - CERT verificar se a OSC está regular)* | | | | |
| Regularidade da prestação de contas - *(dados levantados nos relatórios emitidos pelo gestor e pelo setor de prestação de contas)* | | | | |
| Viabilidade Financeira: *(Análise da disponibilidade orçamentária para a prorrogação).* | | | | |
| CONCLUSÃO *(Recomendação favorável ou não à prorrogação, com base nas análises realizadas*): | | | | |

Recife, de de 20xx

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

Gestor da parceria