



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Controladoria

RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO E INSPEÇÃO DA EXECUÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS REFERÊNCIA:02/2025

Termo de Colaboração: nº 008/2024

Entidade: ASSOCIAÇÃO MEDIANEIRENSE DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO, REABILITAÇÃO E ASSISTÊNCIA A CRIANÇA E
AO ADOLESCENTE - AMOA

Data da realização: 27/02/2025

Escopo:

1) Verificação do atendimento às formalidades legais:

- a. A entidade possui arquivados em boa ordem e em bom estado de conservação, em vias originais, os documentos que compõe os processos de formalização e de prestações de contas relativos ao termo de transferência em execução?
 - i. Documentação relativa à comprovação das condições de funcionamento, IN/SCI 001/2014:
(X) Sim () Não
 - ii. Documentação relativa à formalização do termo (Lei autorizativa e publicação, plano de trabalho/aplicação e termo de aprovação, termo de transferencia e publicação, Termos Aditivos e publicação:
(X) Sim () Não
 - iii. Prestações de contas mensais instruídas com todos os elementos constantes da IN/SCI 002/2013:
(X) Sim () Não
 - iv. As cópias respectivas encontram-se devidamente autuadas (assinadas, numerada, carimbadas, autenticadas, etc.), quando necessário:
(X) Sim () Não () Ressalva(s)
 - v. A entidade possui os referidos documentos em meios magnéticos (digitais):
(X) Sim () Não

2) Conformidade do(s) processos de prestação de contas:

- a. Condições de fechamento:
 - i. As transferências de recursos do concedente e os depósitos da



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Controladoria

contrapartida da entidade estão ocorrendo de acordo com o previsto na programação financeira e no cronograma de desembolsos mensal?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- ii. A movimentação financeira dos recursos transferidos somados aos recursos da contrapartida, foi efetuada em conta bancária específica de titularidade da entidade aberta em instituição financeira oficial?

(X) Sim () Não

- iii. Os valores transferidos somados aos da contrapartida municipal encontram-se/são aplicados no mercado financeiro enquanto não são utilizados?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- iv. Os saldos contábeis/financeiros constantes do demonstrativo de execução de transferências voluntárias estão em conformidade com o saldo da posição financeira constante do resumo financeiro do SIT, e com o saldo conciliado dos extratos bancários na data de encerramento mensal?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- v. A entidade comprova/mantém a regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista junto às esferas federal, estadual e municipal?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- vi. As despesas realizadas estão em conformidade com o plano de trabalho apresentado pela entidade?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- vii. A entidade procedeu a cotação de preços junto a no mínimo 3 (três) fornecedores de bens ou serviços, cujos orçamentos encontram-se vigentes à data da aquisição/contratação, e destes foi emitido o mapa comparativo de preços?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- viii. Os comprovantes de despesa (holerites, recibos, notas fiscais, guias de recolhimento, faturas, etc.), estão legíveis, isentos de rasuras, borrões ou emendas?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- ix. Os comprovantes de despesa apresentam o carimbo da entidade e assinatura do agente responsável atestando o recebimento e qualidade dos produtos ou serviços?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- x. Os pagamentos dos fornecedores de bens ou serviços pela entidade, é realizada exclusivamente via TED, DOC ou transferência bancária?



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Controladoria

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- xi. As movimentações financeiras, receitas e despesas, foram realizadas dentro do prazo de vigência do termo de transferência respectivo?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- xii. A entidade comprova mediante a apresentação das certidões negativas emitidas pelos fornecedores, a regularidade destes perante o INSS e o FGTS, vigentes à data da aquisição/contratação?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- xiii. Os documentos que compõe o(s) processo(s) de prestação de contas encontram-se devidamente assinados pelos agentes responsáveis?

(X) Sim () Não () Ressalvas

- xiv. A entidade procedeu a correta alimentação do SIT junto ao site do TCE/PR, e anexou de forma adequada os documentos necessários à instrução do processo de prestação de contas?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- xv. A entidade cumpre os prazos para apresentação da prestação de contas mensal ao concedente?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

- xvi. Existem inconsistências não regularizadas quanto à prestação de contas da entidade junto ao SIT?

() Sim (X) Não () Ressalva(s)

- xvii. Existem inconsistências não regularizadas quanto à prestação de contas da entidade junto ao Concedente?

() Sim (X) Não () Ressalva(s)

3) Informações de prestação de contas referente à visita:

--

Medianeira, PR, 27 De Fevereiro de 2025



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 1AA7-4159-7B9B-20C4

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



JÉSSICA KUNRATH RODRIGUES (CPF 800.XXX.XXX-22) em 18/03/2025 16:11:05 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://medianeira.1doc.com.br/verificacao/1AA7-4159-7B9B-20C4>



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO E INSPEÇÃO DA EXECUÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS

REFERÊNCIA: 02/2025

Termo de Colaboração/Fomento nº 008/2024

Entidade: Associação Medianeirense de atendimento especializado, reabilitação e assistência à criança e ao adolescente – AMOA

Data da realização: 27/02/2025

Escopo:

1) Verificação da conformidade na execução do objeto:

a. Comprovação da aquisição/contratação das mercadorias e serviços utilizados/consumidos na execução do objeto do Termo de Transferência, cuja descrição consta dos comprovantes fiscais que compõe o(s) processo(s) de prestação de contas:

i. Verificação/comprovação da efetiva prestação do(s) serviço(s) contratado(s):

(X) Sim () Não () Não se aplica

ii. A qualidade dos serviços prestados é satisfatória?

(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

iii. Comprovação da existência em estoque exemplares dos produtos adquiridos:

() Sim () Não (X) Não se Aplica () Ressalva(s)

iv. A qualidade dos produtos é satisfatória?

() Sim () Não (X) Não se Aplica () Ressalva(s)

v. As condições de armazenamento dos produtos são satisfatórias?

() Sim () Não (X) Não se Aplica () Ressalva(s)

vi. Os produtos estão dentro do prazo de validade?

() Sim () Não (X) Não se Aplica () Ressalva(s)

vii. A aquisição dos produtos alimentícios é orientada por nutricionista?

() Sim () Não (X) Não se Aplica () Ressalva(s)

b. O ambiente e as condições em que é desenvolvido programa/projeto (estrutura física, material fornecido), oferece condições adequadas aos fins a que se destina?

i. O ambiente possui o espaço adequado?

(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

ii. O ambiente é limpo e arejado?



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

iii. O Mobiliário utilizado atende às necessidades, em relação ao conforto e ergonomia?

(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

iv. O material didático fornecido é adequado?

(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

v. A alimentação fornecida é de boa qualidade?

(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

vi. A preparação da alimentação é orientada por nutricionista?

() Sim (X) Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

c. A estrutura de Recursos Humanos alocada ao projeto:

i. O número de profissionais alocado ao projeto é suficiente/adequado?

(X) Sim () Não () Não se Aplica (X) Ressalva(s)

ii. A qualificação dos profissionais alocados ao projeto é adequada?

(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

iii. A jornada de trabalho do pessoal alocado ao projeto é adequada?

(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

d. Quanto ao aproveitamento pelos beneficiários:

i. A quantidade atendida é compatível com as metas estabelecidas no Plano de Trabalho?

(X) Sim () Não () Não se Aplica (X) Ressalva(s)

ii. A entidade mantém prontuários individualizados de atendimento?

(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

iii. A entidade afere e mantém registros de controle de frequência dos beneficiários?

(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

iv. A frequência dos beneficiários é superior a 70% (setenta por cento) das aulas/cursos ofertados?

() Sim () Não (X) Não se Aplica () Ressalva(s)

v. A entidade realiza/possui pesquisa de satisfação junto aos beneficiários?

(X) Sim () Não () Não se Aplica () Ressalva(s)

2) Quanto a execução das atividades da Política de Assistência Social (de acordo com a parceria), a entidade:

() Não se Aplica

i. Executa ações de caráter continuado, permanente e planejado?



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



(X) Sim () Não () Ressalva(s)

ii. Assegura que os serviços, programas, projetos e benefícios sócios assistenciais sejam ofertados na perspectiva da autonomia e garantia de direitos dos usuários?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

iii. Garante a gratuidade e a universalidade em todos os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

iv. Garante a existência de processos participativos dos usuários na busca do cumprimento da efetividade na execução de seus serviços, programas, projetos e benefícios Socioassistenciais?

(X) Sim () Não () Ressalva(s)

v. A Entidade isoladamente ou cumulativamente se enquadra como de:

(X) Atendimento () Assessoramento () Defesa e garantia de direitos

3) Quanto a equipe mínima disponível para atuação diante dos níveis de proteção atendidos pela entidade:

i. Para a prestação dos serviços de proteção social básica, a entidade possui:

(X) Não se Aplica

01 assistente social: () Sim () Não

01 psicólogo: () Sim () Não

01 profissional com formação em nível médio: () Sim () Não

Outro profissional de áreas correlatas: () Sim () Não

ii. Para a prestação dos serviços de proteção social especial, a entidade possui: () não se aplica

01 assistente social: (X) Sim () Não

01 psicólogo: (X) Sim () Não

01 advogado: () Sim (X) Não

Outro profissional de áreas correlatas: (X) Sim () Não

4) Dos níveis de proteção (*Política de Assistência Social*):

a. Com base na Proteção Social **Básica** quais *serviços* são desenvolvidos pela entidade?

i. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: () Sim (X) Não () Não se Aplica

ii. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas: () Sim (X) Não () Não se Aplica

b. Com base na Proteção Social **Básica** quais *Programas e Projetos* são desenvolvidos pela entidade?



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



- i. Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos: () Sim (X) Não () Não se Aplica
- ii. Promoção da Integração ao mercado de trabalho: () Sim (X) Não () Não se Aplica
- iii. Habilitação e Reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária no campo da assistência social: (X) Sim () Não () Não se Aplica

c. Com base na Proteção Social **Especial** quais *serviços de Média Complexidade* são desenvolvidos pela entidade?

- i. Serviço Especializado em Abordagem Social: () Sim (X) Não () Não se Aplica
- ii. Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC): () Sim (X) Não () Não se Aplica
- iii. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias: (X) Sim () Não () Não se Aplica
- iv. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua: () Sim (X) Não () Não se Aplica

d. Com base na Proteção Social **Especial** quais *serviços de Alta Complexidade* são desenvolvidos pela entidade?

- i. Serviço de Acolhimento Institucional: () Sim (X) Não () Não se Aplica
- ii. Serviço de Acolhimento em República: () Sim (X) Não () Não se Aplica
- iii. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora: () Sim (X) Não () Não se Aplica
- iv. Serviço de Proteção em situações de calamidades públicas e de emergências: () Sim (X) Não () Não se Aplica

5) Quanto ao objeto da parceria ser vinculado ao Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente:

() Sim (X) Não

6) Quanto ao objeto da parceria ser vinculado ao Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa:

() Sim (X) Não

Ressalvas (numerar):

1 c i) *verifica-se que a entidade possui previsto no plano de trabalho dois orientadores sociais, porém, até o momento não houve a contratação. Durante a visita, orientamos à responsável técnica que estes profissionais podem ser contratados para fazer o acompanhamento das crianças e adolescentes com deficiência enquanto os familiares e cuidadores participam das atividades em grupo;*



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



1 d i) no momento da visita havia cerca de 04 pessoas presentes na atividade que estava sendo executada, segundo a equipe 01 pessoa havia se retirado e 02 faltaram, o que totaliza 7 participantes neste grupo desenvolvido no período da tarde. Ressalta-se que, conforme o Plano de Trabalho, deve haver 15 participantes em cada turno, para atingimento da meta de atendimento de 30 pessoas. A responsável técnica foi orientada quanto a adotar estratégias para inclusão de novas famílias com perfil para o Serviço.

Observações:

Parceria pelo Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) – emenda parlamentar.

Relatório completo de monitoramento e fiscalização elaborado a parte.

Medianeira, 27 de fevereiro de 2025.

Christiane Zanette Mondardo

Gestora da Parceria

Portaria nº 373/2021



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 7E5F-3748-BD90-F569

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



CHRISTIANE ZANETTE MONDARDO (CPF 039.XXX.XXX-85) em 17/03/2025 11:20:37 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://medianeira.1doc.com.br/verificacao/7E5F-3748-BD90-F569>



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



Relatório de Visita

1 – IDENTIFICAÇÃO DA OSC

Nome da OSC:	Associação Medianeirense de Atendimento Especializado, Reabilitação e Assistência à Criança e ao Adolescente - AMOA				
CNPJ:	07.736.225/0001-50				
Endereço:	Rua Paulinho Valiati, 1260	Bairro:	Itaipu		
Município:	Medianeira	UF:	PR	CEP:	85884-000
E-mail:	amoa_med@hotmail.com	Telefone:	(45)3264-4565		

Nome do representante legal:	Giumar Alves do Nascimento				
CPF:	172.308.709-25	Cargo:	Presidente		
E-mail:	giumar.diretoria@hotmail.com	Telefone:	(45) 3264-4565		

2 – DADOS DA PARCERIA

Termo de (X) Fomento () Colaboração nº:			008/2024
Objeto da Parceria:	Manutenção do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias no município de Medianeira/PR.		
Nº Processo:	008/2024	Valor:	R\$ 150.000,00
Data da assinatura:	26/08/2024	Vigência até:	26/02/2026
Prestação de contas:	(X) Mensal () Anual () Final () Única		
Período da prestação de contas:		Em andamento	

3 – RELATÓRIO

3.1 – Descrição das atividades e metas estabelecidas:

- Descrição da Meta: Atender até 30 usuários no Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias.
- Etapa 01: Desenvolver ações especializadas para garantir os direitos das famílias com usuários PCDs, prevenindo assim, situações de sobrecarga e desgaste de vínculos, permanentes e prolongados entre cuidador e dependente.



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



- Etapa 02: Levantamento das famílias para frequentar as atividades Propostas (Estudo Social).
- O Estudo Social e os demais apontamentos das famílias que estarão frequentando as atividades serão inseridos em um plano individual, com as estratégias e encaminhamentos realizados e todos os registros serão armazenados no sistema ARGUS.
- Etapa 03: Estabelecer o Convívio e a organização da vida cotidiana das PCD e suas famílias, através de encaminhamentos para a rede socioassistencial.

3.2 – Informações referentes à visita:

- Repasse em parcela única na data de 02/09/2024;
- Visita realizada na data de 27/02/2025, fomos recebidas pela assistente social Elenize Proner, que nos levou até a Sala IUP 6D, onde se encontrava a assistente social, Luciana Carbonera, responsável técnica pelo projeto e as participantes do Serviço. O grupo, composto por 04 (quatro) mães de crianças/adolescentes com deficiência assistidas pela AMOA, estavam assistindo o filme “Os dois hemisférios de Lucca” para posteriormente terem um momento de reflexão acompanhado pela psicóloga; Luciana mencionou que havia mais uma participante, porém, decidiu por ir embora devido ao calor, e duas faltaram; informaram que estão preparando o convite para convidar mais participantes para as atividades em grupo;
- Os grupos acontecem nas terças-feiras pela manhã e nas quintas-feiras a tarde, sendo participantes diferentes. Em sua maioria, os familiares e cuidadores participam enquanto as pessoas com deficiência estão em atendimentos na entidade, no entanto, foi relatado que a maioria costuma ir embora quando os atendimentos terminam;
- A assistente social atua no Serviço nas terças e quintas-feiras o dia inteiro, pois no horário que não há grupos, realiza outras atividades, como atendimentos individualizados e algumas visitas domiciliares;
- A gestora da parceria indagou se estão realizando a busca ativa, para inclusão no Serviço, as famílias de pessoas com deficiência que ainda não são atendidas na AMOA e estão em lista de espera, conforme orientado em visita anterior e no último relatório, sendo informado que não realizaram essa busca ativa; novamente foi reforçada a importância de incluir famílias para além dos que já são assistidos pela entidade, tendo em vista que estas famílias e cuidadores podem estar passando por dificuldade para compreender e aceitar a deficiência, estar negligenciando os cuidados ou sobrecarregadas devido à falta de suporte, esta inclusão visa sobretudo prevenir as violações de direitos;
- Ademais, foi ressaltado que os usuários do Serviço devem participar das atividades até o final, para que o resultado esperado não seja comprometido, diante disso, a entidade poderia disponibilizar um profissional para acompanhar a pessoa com deficiência, pois o intuito do Serviço é reduzir a sobrecarga do cuidador, mas também



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



prestar cuidados à pessoa com deficiência. Foi lembrado que está previsto no Plano de Trabalho o pagamento de duas orientadoras sociais que podem ser utilizadas também para esse fim;

- A assistente social relatou sobre a dificuldade das mães entenderem a importância do grupo e preferirem ficar mais no artesanato, resistindo às outras atividades propostas. Sendo pontuado pela Comissão que este momento do artesanato também pode ser usado para a construção dos vínculos e do compartilhamento de vivências;
- Foi ressaltado também que por meio deste Serviço precisa ser desenvolvido sobre a preparação das pessoas com deficiência para a vida adulta e trabalhado com os familiares e cuidadores que nem sempre estarão presentes;
- Também foi lembrado que o Serviço deve ser referenciado ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, e que a equipe técnica do Serviço deve elaborar, em conjunto com a família, o Plano de Acompanhamento Familiar;
- Em relação à publicização, verificado a publicação da primeira página no Termo de Fomento em apenas um dos periódicos (facebook), além disso, orienta-se que a publicização seja realizada nos termos do parágrafo único do art. 11, da Lei nº 13.019/2014;
- Referente ao Relatório de Execução do Objeto, ressalta-se a necessidade de encaminhar as listas de presença, para verificação da participação dos usuários do Serviço. Concede-se o prazo de 05 (cinco) dias para atendimento da solicitação;
- Nada mais havendo a constar, a Comissão seguirá acompanhando e monitorando a presente parceria até a sua finalização.

Medianeira, PR, 27 de fevereiro de 2025.

Comissão Permanente de Monitoramento e Avaliação
Portaria nº 272/2023 de 27/07/2023

Comissão de visitas e acompanhamento do CMAS
Resolução nº05/2025 de 18/02/2025

Gestora da Parceria
Portaria nº 373/2021



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



Registros Fotográficos





MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social





MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS

Data: 27/09/2015

Descrição da Atividade: *Atividade de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias*

LISTA DE PRESEÇA - MANHÃ E TARDE

NOME	ASSINATURA
Bruna Frontes Silva	<i>Bruna P</i>
Caroline R. Moia	
Francieli Grub	
Geasica Baré	
Jennifer Torgo	
Jucelia Lersch	
Letícia S. Deparié	<i>Letícia S. Deparié</i>
Marianhva Cechele	
Rosemary C. Frandoloso	
Sandra Meios	
Thais C. dos Santos	

Luiza B. Wichein
Dynalyn m. S. Salomim
Edite Helena Davide

CONVITE

ATIVIDADE DE GRUPO

"SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS."

TERÇAS-FEIRAS
08H AS 10H30

QUINTAS-FEIRAS
13H30AS 16H

LOCAL: AMOA

amoa



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3833-0C96-5837-5560

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ MARIA JAQUELINE NANDI (CPF 051.XXX.XXX-58) em 17/03/2025 11:15:39 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ CHEILE KÁTIA DA SILVA DE OLIVEIRA (CPF 049.XXX.XXX-14) em 17/03/2025 11:17:17 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ CHRISTIANE ZANETTE MONDARDO (CPF 039.XXX.XXX-85) em 17/03/2025 11:20:59 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ SILVANA MITTMANN DAMACENO (CPF 026.XXX.XXX-80) em 17/03/2025 11:36:44 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ GLEICI MARIA VARIZA BORGES (CPF 072.XXX.XXX-05) em 17/03/2025 13:36:30 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ EDILES KERBER (CPF 023.XXX.XXX-02) em 17/03/2025 13:51:19 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ KARINA FATIMA PINZON (CPF 066.XXX.XXX-74) em 17/03/2025 14:04:34 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ GABRIEL TARDIN TEIXEIRA (CPF 075.XXX.XXX-17) em 17/03/2025 14:58:29 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)



VIVIANE CRISTINE BONFIM BIRÃO (CPF 059.XXX.XXX-42) em 17/03/2025 16:02:13 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)



EDITE HELENA DAVID (CPF 703.XXX.XXX-20) em 17/03/2025 16:59:37 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://medianeira.1doc.com.br/verificacao/3833-0C96-5837-5560>