



**RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO E INSPEÇÃO DA EXECUÇÃO DE
TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS**

REFERÊNCIA: 02/2025

Termo de Colaboração nº 001/2024

Entidade: Entidade Filantrópica O Bom Samaritano

Data da realização: 18/02/2025

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:

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

iv. A qualidade dos produtos é satisfatória?

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

v. As condições de armazenamento dos produtos são satisfatórias?

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

vi. Os produtos estão dentro do prazo de validade?

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

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

() Sim (X) Não () 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?

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



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



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

Sim Não Não se Aplica Ressalva(s)

iv. O material didático fornecido é adequado?

Sim Não Não se Aplica Ressalva(s)

v. A alimentação fornecida é de boa qualidade?

Sim Não Não se Aplica Ressalva(s)

vi. A preparação da alimentação é orientada por nutricionista?

Sim 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?

Sim Não Não se Aplica Ressalva(s)

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

Sim Não Não se Aplica Ressalva(s)

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

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?

Sim Não Não se Aplica Ressalva(s)

ii. A entidade mantém prontuários individualizados de atendimento?

Sim Não Não se Aplica Ressalva(s)

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

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 Não se Aplica Ressalva(s)

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

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?

Sim Não Ressalva(s)



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



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

Sim Não Ressalva(s)

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

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?

Sim Não Ressalva(s)

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

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:

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: Sim Não

01 psicólogo: Sim Não

01 advogado: Sim Não

Outro profissional de áreas correlatas: 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 Não Não se Aplica

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

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

i. Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos: Sim Não Não se Aplica



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



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: () Sim (X) 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: (X) Sim () 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: () Sim (X) 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: (X) Sim () 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

Medianeira, 18 de fevereiro de 2025.

Christiane Zanette Mondardo

Gestora da Parceria

Portaria nº 373/2021



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 1A0C-5596-4D0F-BC6B

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

- ✓ CHRISTIANE ZANETTE MONDARDO (CPF 039.XXX.XXX-85) em 24/02/2025 17:06:49 (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/1A0C-5596-4D0F-BC6B>



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



Relatório de Visita

1 – IDENTIFICAÇÃO DA OSC

Nome da OSC:	Entidade Filantrópica O Bom Samaritano		
CNPJ:	11.483.768/0001-80		
Endereço:	Rua Paraguai, 880	Bairro:	Centro
Município:	Medianeira	UF: PR	CEP: 85884-000
E-mail:	casadepassagem.equipe@outlook.com	Telefone:	(45) 3240-2185

Nome do representante legal:	Nelton José Buss		
CPF:	492.618.359-53	Cargo:	Presidente
E-mail:	efobs@live.com	Telefone:	(45) 3240-2185

2 – DADOS DA PARCERIA

Termo de	<input type="checkbox"/> Fomento <input checked="" type="checkbox"/> Colaboração	nº:	001/2024
Objeto da Parceria:	Execução do Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade – Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias, na Modalidade Casa de Passagem, e o Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade – Serviço Especializado em Abordagem Social.		
Nº Processo:	001/2024	Valor:	R\$ 624.000,00
Data da assinatura:	08/03/2024	Vigência até:	08/03/2025
Prestação de contas:	<input checked="" type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Final <input type="checkbox"/> Única		
Período da prestação de contas:	Em andamento		

3 – RELATÓRIO

3.1 – Descrição das atividades e metas estabelecidas:

- Atender até 20 pessoas no serviço de acolhimento institucional na modalidade Casa de Passagem e pessoas em situação de rua através do serviço de Abordagem Social no município de Medianeira.



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



3.2 – Informações referentes à visita:

- Realizada visita no dia 18/02/2025 e fomos recebidos pela assistente social, Raquel Gaige Pinto da Maia, e pelo coordenador, Vagner Marques de Jesus;
- O Serviço de Abordagem social e o Serviço de Acolhimento Institucional (Casa de Passagem) está sendo prestado conforme planejado no plano de trabalho da parceria. Continuam com 6 acolhidos permanentes, moradores de Medianeira;
- A equipe técnica realiza o acompanhamento dos usuários acolhidos na Casa de Passagem, por meio de orientações, auxiliando na aproximação com a família, quando possível, e intermediando os serviços da saúde;
- Vigência da parceria finda em março/2025, mas, já foi iniciada as tratativas de prorrogação por mais 12 meses;
- Foi adquirido um berço com colchão, para o quarto de cima, para facilitar o acolhimento, quando necessário, de mães com bebê, mas houve a glosa do valor por problemas nos orçamentos apresentados pela OSC, logo, não foi exigido a colocação da placa de patrimônio, conforme consta na cláusula 7.3.1 do termo da parceria;
- Orientou-se sobre a atualização da publicização da parceria que foi colocada no mural da OSC, sendo necessário constar todos os itens exigidos no Art. 11 da Lei nº 13.019/2014, principalmente referente ao pagamento dos profissionais com recursos da parceria;
- Solicitamos que seja entregue, juntamente com a prestação de contas do mês de fevereiro/2025, o Relatório de Execução do Objeto referente ao ano de 2024, conforme previsto na cláusula 10.2 do termo da parceria;
- Nada mais havendo a constar, a Comissão seguirá acompanhando e monitorando a presente parceria até a sua finalização.
- A conselheira Viviane Cristine Bonfim Birão não esteve presente na visita e não acompanhará a comissão no monitoramento dessa parceria, por ter tido vínculo recente com a OSC.

Medianeira, PR, 18 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 nº 35/2023 de 16/11/2023

Gestora da Parceria

Portaria nº 373/2021



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: B54F-A7D7-4FDF-B0AF

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

- ✓ CHEILE KÁTIA DA SILVA DE OLIVEIRA (CPF 049.XXX.XXX-14) em 27/02/2025 09:37:08 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ GLEICI MARIA VARIZA BORGES (CPF 072.XXX.XXX-05) em 27/02/2025 09:42:55 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ EDILES KERBER (CPF 023.XXX.XXX-02) em 27/02/2025 09:47:55 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ MARIA JAQUELINE NANDI (CPF 051.XXX.XXX-58) em 27/02/2025 09:49:30 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ SILVANA MITTMANN DAMACENO (CPF 026.XXX.XXX-80) em 27/02/2025 11:12:32 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ CHRISTIANE ZANETTE MONDARDO (CPF 039.XXX.XXX-85) em 27/02/2025 12:12:31 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ EDITE HELENA DAVID (CPF 703.XXX.XXX-20) em 27/02/2025 13:12:36 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ KARINA FATIMA PINZON (CPF 066.XXX.XXX-74) em 27/02/2025 17:03:12 (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/B54F-A7D7-4FDF-B0AF>