



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

REFERÊNCIA: 09/2025

Termo de Colaboração nº 001/2024

Entidade: Entidade Filantrópica O Bom Samaritano

Data da realização: 10/09/2025

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, 10 de setembro de 2025.

Christiane Zanette Mondardo

Gestora da Parceria

Portaria nº 373/2021



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 1C4A-BB6A-7C25-7377

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

- ✓ CHRISTIANE ZANETTE MONDARDO (CPF 039.XXX.XXX-85) em 18/09/2025 11:37:44 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/1C4A-BB6A-7C25-7377>



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 2º aditivo R\$ 1.357.771,89	
Data da assinatura:	08/03/2024	Vigência até:	08/03/2025 2º aditivo 08/03/2026	
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.



3.2– Informações referentes à visita:

- Formalizado 1º Apostilamento na data de 12/04/2024 para inclusão de novas rubricas necessárias, mas que não haviam sido previstas no Plano de Trabalho;
- Firmado o Primeiro Termo Aditivo em 19/12/2024, para uso do valor dos rendimentos, sendo, R\$2.670,36 (dois mil, seiscentos e setenta reais e trinta e seis centavos), sendo solicitado ajustes nas rubricas existentes e inclusão de rubricas novas necessárias no desenvolvimento do serviço;
- Firmado o Segundo Termo Aditivo em 07/03/2025, prorrogando o fim da vigência da parceria para 08/03/2026 e ajustando o valor para R\$ 666.101,53 (seiscentos, sessenta e seis mil, cento e um reais, cinquenta e três centavos), incluindo a atualização monetária pela média do IPCA dos últimos doze meses (6,747%), referentes apenas ao período de 12 (doze) meses, acrescentando-se o valor de R\$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais) referente a ampliação da equipe de referência, com contratação de mais dois cuidadores diurnos, para auxiliar usuários com necessidade de cuidados especiais, a ser pago na forma do cronograma de desembolso, atingindo o valor global da parceria de R\$1.357.771,89 (um milhão, trezentos, cinquenta e sete mil, setecentos, setenta e um reais, oitenta e nove centavos).
- Estão sendo feitas as tratativas para formalização do Terceiro Termo Aditivo para repasse do valor de R\$ 15.748,52 (quinze mil, setecentos, quarenta e oito reais, cinquenta e dois centavos), do Fundo Municipal dos Direitos da Mulher, advindo de uma Deliberação Estadual que o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher deliberou pelo repasse a esta OSC, a fim de que se adquira equipamentos e materiais para qualificação do acolhimento excepcional de mulher vítima de violência e seus filhos na Casa de Passagem, tendo em vista, que provisoriamente já ofertam esse acolhimento às mulheres vítimas quando necessário.
- Realizada visita no dia 10/09/2025, inicialmente fomos recebidos pelo cuidador, Diego, que nos informou que não havia ninguém da equipe técnica, no momento, pois a psicóloga Ivânia não trabalha na OSC na quarta-feira, e a assistente social, Raquel, inicia o expediente no período da tarde, nem o coordenador Vagner, mas estaria entrando em contato para que ele retornasse a casa.
- Assim que Vagner chegou subimos onde ficam os quartos e visualizamos o quarto com banheiro, onde possivelmente seria organizado para receber o mobiliário para estruturação do acolhimento de mulheres, que já era reservado para acolhimento feminino, também olhamos o quarto ao lado, que atualmente está sendo ocupado pelos dois acolhidos permanentes, que possui uma sacada e também banheiro anexo, que seria um pouco mais amplo e mais arejado para que as mulheres permaneçam com as crianças, quando houver, e Vagner concordou que teria possibilidade de estar remanejando para esse quarto, posteriormente o Diretor da OSC, Michael Cristian Stiehl, chegou e também concordou que podem estar organizando esse quarto, incluindo as



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



telas de proteção na sacada.

- 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. Permanecem com 5 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;
- Publicização da parceria consta no mural da OSC, com a fixação do último plano de trabalho aprovado, mas, orienta-se atualização constante e contendo os itens exigidos no Art. 11 da Lei nº 13.019/2014, principalmente referente ao pagamento dos profissionais com recursos da parceria;
- Os Relatórios de Execução da parceria estão sendo enviados juntamente com as prestações de contas mensais, no entanto, solicita-se o aprimoramento do preenchimento dos relatórios, constando informações dos atendimentos efetivamente prestados nos resultados alcançados do item 1.1 e 1.2, justificando somente o que não foi possível executar ou parcialmente executado. Além disso, no item 1.3 não é necessário descrever as funções dos profissionais no relatório, somente constar os nomes de cada profissional, o nome da função e a carga horária de trabalho. No item 1.4 precisa ser preenchido e avaliado conforme a tabela 11.1 do Plano de Trabalho.
- Foi aplicada a pesquisa de satisfação no mês de agosto, referente ao primeiro ano de parceria, segue tabulação anexa;
- O diretor e o coordenador conversaram com as comissões e gestora sobre as dificuldades na prestação de contas e sobre as glosas que foram recentemente efetuadas pela Controladoria, relataram que possuem algumas dúvidas referente a forma correta de realizar as cotações de preço, pois, alguns apontamentos quanto aos motivos que ensejaram estas glosas não foram realizados em outra prestação de contas, considerando que o processo foi feito da mesma forma, então diante da aprovação anterior seguiram fazendo igual. Informaram que gostariam de estar recebendo uma capacitação presencial para aprofundar melhor na forma de fazer essa prestação de contas e tirar algumas dúvidas, principalmente para que façam da maneira correta e que em caso de alguma divergência saberem identificar para fazerem o estorno antes de ser aplicada a glosa, e destacaram a necessidade de todas as OSCs receberem orientações padronizadas pela Controladoria.
- Nada mais havendo a constar, a Comissão seguirá acompanhando e monitorando a presente parceria até a sua finalização.
- A conselheira Mariane Antunes da Rocha não esteve presente na visita e não acompanhará a comissão no monitoramento dessa parceria, por ter vínculo de trabalho com a OSC.

Medianeira, PR, 10 de setembro de 2025



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



Comissão Permanente de Monitoramento e Avaliação

Portaria nº 272/2023 de 27/07/2023

Comissão de visitas e acompanhamento do CMAS

Resolução nº 24/2025 de 03/09/2025

Gestora da Parceria

Portaria nº 373/2021

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Lei nº 13.019/2014 – Art.58 §2

Decreto nº 062/2018 – Art. 53

Nome da Organização: Entidade Filantrópica O Bom Samaritano
Nome do Projeto: Casa de Passagem
Total de participantes: 5
Total de questionários respondidos: 5

1. Qual seu grau de satisfação com relação as atividades desenvolvidas? responda:

muito satisfeito	satisfeito	pouco satisfeito	insatisfeito	não se aplica	não respondeu
1	4				

"Está muito bom"; "Está satisfeito com as atividades e que continue com mais atividades"; "As atividades são boas";

2. Qual seu grau de satisfação com relação a alimentação servida? responda:

· Com relação a quantidade?

muito satisfeito	satisfeito	pouco satisfeito	insatisfeito	não se aplica	não respondeu
4	1				

· Com relação a qualidade?

muito satisfeito	satisfeito	pouco satisfeito	insatisfeito	não se aplica	não respondeu
4	1				

· Com relação a variedade?

muito satisfeito	satisfeito	pouco satisfeito	insatisfeito	não se aplica	não respondeu
3	2				

"Está muito bom"; "Gosto da alimentação, gostaria que tivesse mais carne de porco"; "A alimentação é muito bom e tem variedades";

3. Qual seu grau de satisfação com relação ao espaço onde as atividades são desenvolvidas? responda:

· Com relação a adequação do espaço?

muito satisfeito	satisfeito	pouco satisfeito	insatisfeito	não se aplica	não respondeu
3	2				

· Com relação a acessibilidade do espaço?

muito satisfeito	satisfeito	pouco satisfeito	insatisfeito	não se aplica	não respondeu
1	3	1			

· Com relação a higiene do local?

muito satisfeito	satisfeito	pouco satisfeito	insatisfeito	não se aplica	não respondeu
3		2			

"O jeito que está é bom";"Espaço bom, precisa ajustar algumas coisas";"Melhorar a limpeza do quarto dos homens";"O espaço das atividades está bom";

4. Qual seu grau de satisfação com relação aos profissionais que desenvolvem as atividades? responda:

- **Com relação ao conhecimento do profissional sobre a atividade desenvolvida?**

4	3	2	1	0	não respondeu
4	1				

- **Com relação ao tratamento desse profissional com os usuários?**

4	3	2	1	0	não respondeu
4	1				

"Os profissionais tratam as pessoas bem";"Conversar mais baixo, tenho irritabilidade";"Profissionais todos legais";"Os profissionais escutam e conversam bem";

5. Na sua opinião esse projeto/programa/serviço contribui para melhoria da realidade dos seus usuários? Explique.

"A entidade com o serviço prestado contribui para a melhoria da vida das pessoas, minha vida está bem melhor";"O serviço melhora a vida das pessoas, no meu caso cheguei e conversei com os profissionais e minha vida está melhor";

6. Elogios/Críticas/Sugestões

"Os profissionais trabalham bem e são";"Sugerir que façam mais carne de porco, o coordenador é gente boa";"Minha sugestão é para conversar com as pessoas para manter as paredes limpas e para as pessoas não+ A1:F62 deixarem comida nos pratos";"Elogiar os profissionais que atendem bem";



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: D7CB-521A-457B-CD86

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

- ✓ CHEILE KÁTIA DA SILVA DE OLIVEIRA (CPF 049.XXX.XXX-14) em 18/09/2025 09:38:50 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ MARIA JAQUELINE NANDI (CPF 051.XXX.XXX-58) em 18/09/2025 09:40:49 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ EVERTON RODRIGUES DE ANDRADE (CPF 060.XXX.XXX-09) em 18/09/2025 10:44:31 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ CHRISTIANE ZANETTE MONDARDO (CPF 039.XXX.XXX-85) em 18/09/2025 11:37:09 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ANTONIO ALESSY BRITO FERREITRA (CPF 508.XXX.XXX-04) em 18/09/2025 13:06:54 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ GABRIEL TARDIN TEIXEIRA (CPF 075.XXX.XXX-17) em 18/09/2025 13:29:38 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ GLEICI MARIA VARIZA BORGES (CPF 072.XXX.XXX-05) em 18/09/2025 13:36:49 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ SILVANA MITTMANN DAMACENO (CPF 026.XXX.XXX-80) em 18/09/2025 15:49:42 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/D7CB-521A-457B-CD86>



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Controladoria

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 – Casa de passagem

Data da realização: 10/09/2025

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



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Controladoria

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?
(X) Sim () Não () Ressalva(s)



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Controladoria

- 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?
() Sim () Não (X) 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:

XV- A entidade eventualmente atrasa no envio da prestação de contas.

Medianeira, PR, 10 de setembro de 2025



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 5B1E-B6D2-69CA-09CF

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



JÉSSICA KUNRATH RODRIGUES (CPF 800.XXX.XXX-22) em 22/09/2025 13:40:09 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/5B1E-B6D2-69CA-09CF>