



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Controladoria

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

Termo de Colaboração: nº 010/2024

Entidade: Associação Medianeirense de Atendimento Especializado,
Reabilitação e Assistência a Criança e ao Adolescente - AMOA

Data da realização: 19/02/2025

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 contrapartida da entidade estão ocorrendo de acordo com o



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Controladoria

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?

(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?
(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:

Não houve despesas até o momento.

Medianeira, PR, 19 de fevereiro de 2025



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: C62B-3724-AB3E-C0C6

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



JÉSSICA KUNRATH RODRIGUES (CPF 800.XXX.XXX-22) em 13/03/2025 10:46:25 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/C62B-3724-AB3E-C0C6>



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

REFERÊNCIA: 02/2025

Termo de Colaboração/Fomento nº 10/2024

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

Data da realização: 19/02/2025

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?

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

vi. A preparação da alimentação é orientada por nutricionista?

() Sim () Não (X) 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 () 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?

(X) Sim () Não () 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:

(X) Não se Aplica

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



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



() 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?

() 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:

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

(X) Sim () Não

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

() Sim (X) Não

Ressalvas (numerar):

1 D i) Fomos informadas de que estão atendendo no momento cerca de 120 crianças e adolescentes no projeto, a meta prevista no plano de trabalho é de 50 crianças e adolescentes.

Observações:



PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



Parceria pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) – banco de projetos – imposto de renda.

Medianeira, 19 de fevereiro de 2025.

Christiane Zanette Mondardo

Gestora da Parceria

Portaria nº 373/2021



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 0A34-0D25-72B8-058E

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



CHRISTIANE ZANETTE MONDARDO (CPF 039.XXX.XXX-85) em 28/02/2025 11:59:17 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/0A34-0D25-72B8-058E>



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:			10/2024
Objeto da Parceria:	Reabilitação de Crianças e Adolescentes através da Equoterapia.		
Nº Processo:	10/2024	Valor:	R\$ 109.676,91
Data da assinatura:	09/12/2024	Vigência até:	10/05/2025
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 50 Crianças e adolescentes com deficiência que necessitam de reabilitação com a prática da Equoterapia.
- Etapa 01: Realizar sessões de Equoterapia, garantindo o desenvolvimento psicomotor e afetivo do praticante.
- Etapa 02: Avaliação dos praticantes para frequentar as sessões (Avaliação Clínica e pela Equipe).
- Etapa 03: Realização do plano individual do praticante, com as estratégias e



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



encaminhamentos necessários. Todos os registros serão armazenados no sistema ARGUS.

3.2 – Informações referentes à visita:

- Visita realizada na data de 19/02/2025 diretamente no local onde funciona o projeto da Equoterapia, isto é, Centro de Equoterapia Lidia Valiati - BR 277, KM 620, Linha Bom Jesus, e fomos recebidas pela psicóloga Zélia e o fisioterapeuta da parte da manhã, Felipe, ambos envolvidos diretamente na execução do plano;
- Além destes profissionais, fomos informadas que a equipe conta com outro fisioterapeuta na parte da tarde, Márcio, o educador físico, Gabriel, o equitador de cavalos, Gustavo. A auxiliar de equitador, Dayane, saiu recentemente;
- Felipe nos explicou que estão com média de 120 crianças e adolescentes em atendimento, no total, geralmente, em função da equipe ser reduzida, atendem até 2 pacientes por vez. Há quatro cavalos disponíveis para a prática. Os atendimentos duram em torno de 15 a 30 minutos, podendo variar a depender do tônus muscular da criança/adolescente, além disso, algumas crianças e adolescentes não conseguem ficar muito tempo devido ao grande número de estímulos provocados na prática da equoterapia, sendo necessário avaliar cada caso isoladamente. As avaliações são feitas pela equipe, que avalia a condição de cada criança/adolescente para verificar se a terapia é indicada ou não, avaliando principalmente a coluna e o quadril, pois há casos que a prática poderia lesionar ainda mais a situação da criança/adolescente, nestes casos o atendimento é vetado, sendo reavaliado futuramente;
- A meta prevista no plano de trabalho da parceria é de 50 crianças e adolescentes, logo, o número relatado de atendimentos supera a meta inicial;
- Questionamos sobre o controle de frequência, bem como, os arquivos com os prontuários de cada criança e adolescente atendido e foi informado que possuem esse controle através do sistema, onde registram as evoluções. Relatou que os responsáveis assinam um termo, e em caso de 3 faltas consecutivas o praticante perde a vaga e é chamado o próximo da fila de espera, mas, segundo Felipe, é analisado cada caso, os motivos das faltas, e quando necessário repassado a assistente social para averiguar a situação da família antes de desligar;
- Em relação aos resultados da equoterapia, Felipe destacou que traz benefícios para a modulação do comportamento da criança/adolescente, aumento do foco e da compreensão das atividades, e melhora as interações sociais. Com crianças e adolescentes autistas observa-se também o estímulo à verbalização e a tolerância ao contato físico. No momento da visita, observamos uma criança em atendimento, que já realiza a equoterapia há aproximadamente um ano e dois meses;
- A responsável técnica pelo projeto não se encontrava no Centro de Equoterapia no momento da visita, pois, estava na sede da AMOA, mas, solicitamos que seja enviado Relatório de execução do Objeto referente ao mês de janeiro/2025, constando em



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



anexo lista das crianças e adolescentes atendidos pelo projeto atualmente, contendo data de nascimento, a deficiência que possui, bem como o número de sessões semanais indicadas, também cópia do controle de frequência desde o início da execução da parceria e, posteriormente, que o Relatório seja enviado juntamente com as prestações de contas mensais, conforme consta no Art. 9.4 do Termo de Fomento nº10/2024;

- Referente a publicização, não foi identificado em nenhum dos periódicos incluídos no plano de trabalho da OSC, somente a notícia da formalização da parceria no facebook, lembrando que é necessário a descrição conforme consta no Art.11 da Lei 13.019/2014;
- Nada mais havendo a constar, a Comissão seguirá acompanhando e monitorando a presente parceria até a sua finalização.

Medianeira, PR, 19 de fevereiro de 2025.

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

Comissão de visitas e acompanhamento do CMDCA
Resolução nº01/2025 de 06/02/2025

Gestora da Parceria
Portaria nº 373/2021



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA
Estado do Paraná
Secretaria Municipal de Assistência Social



Registros Fotográficos





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 22FA-1662-605E-3B97

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



SILVANA MITTMANN DAMACENO (CPF 026.XXX.XXX-80) em 05/03/2025 14:58:09 GMT-03:00

Papel: Parte

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



MARIA JAQUELINE NANDI (CPF 051.XXX.XXX-58) em 05/03/2025 15:02:07 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 05/03/2025 15:02:22 GMT-03:00

Papel: Parte

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



CHRISTIANE ZANETTE MONDARDO (CPF 039.XXX.XXX-85) em 05/03/2025 15:48:14 GMT-03:00

Papel: Parte

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



GLEICI MARIA VARIZA BORGES (CPF 072.XXX.XXX-05) em 05/03/2025 16:42:43 GMT-03:00

Papel: Parte

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



ADRIANO LEONEL GERONIMO (CPF 044.XXX.XXX-79) em 05/03/2025 16:57:38 GMT-03:00

Papel: Parte

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



FLAVIO GEDOZ (CPF 969.XXX.XXX-20) em 06/03/2025 07:00:50 GMT-03:00

Papel: Parte

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



LUZIA ALVES DA SILVA SAPELLI (CPF 036.XXX.XXX-50) em 06/03/2025 07:49:27 GMT-03:00

Papel: Parte

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



EDITE HELENA DAVID (CPF 703.XXX.XXX-20) em 06/03/2025 08:32:24 GMT-03:00

Papel: Parte

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



FLÁVIO FAGUNDES VIEIRA (CPF 025.XXX.XXX-05) em 06/03/2025 09:18:12 GMT-03:00

Papel: Parte

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



GRACIELI SIMONE GROTH (CPF 049.XXX.XXX-18) em 06/03/2025 09:29:55 GMT-03:00

Papel: Parte

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



LETICIA LOURENÇO MADEIRA DARIO (CPF 080.XXX.XXX-09) em 06/03/2025 09:35:17 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/22FA-1662-605E-3B97>