



# PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

*Controladoria*

## **RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO E INSPEÇÃO DA EXECUÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS REFERÊNCIA:09/2025**

**Termo de Colaboração:** nº 006/2024

**Entidade:** Sociedade Filantrópica Semear De Medianeira - Pr – Matriz

**Data da realização:** 26/09/2025

### **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?

( ) Sim ( ) Não (X) Ressalva(s)

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

( ) Sim ( ) Não (X) 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?  
(X) Sim ( ) Não ( ) Ressalva(s)

### 3) Informações de prestação de contas referente à visita:

- VII – A entidade realizou orçamentos com descrições generalizadas desrespeitando o Art. 18. da *Resolução nº 28/2011, alterada pela Resolução nº 46/2014*, sendo às despesas solicitado DAM's para devoluções, após o feito, a entidade solicitou com empenho e insistência para cancelamento das DAM's e realização de estornos, na qual foi atendido pelo concedente, porém até a data de hoje não se teve comprovação da realização dos estornos.
- VIII – Muitas páginas das prestações de contas estão com borrões impedindo o entendimento, dentre as páginas estão holerites, recibos, notas fiscais, guias de recolhimento, faturas, etc.



# PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

*Controladoria*

- XV – Em relação a amostragem dos últimos seis meses de prestação de contas enviadas a entidade teve eventualmente descumprido com o prazo de envio de até o 10º dia de cada mês.
- XVII – O concedente está aguardando a comprovação da realização do estorno.



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 1837-A426-0291-FB43

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



JÉSSICA KUNRATH RODRIGUES (CPF 800.XXX.XXX-22) em 06/10/2025 16:48:30 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/1837-A426-0291-FB43>



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

**REFERÊNCIA: 09/2025**

**Termo de Colaboração/Fomento nº 006/2024**

**Entidade:** Sociedade Filantrópica Semear

**Data da realização:** 26/09/2025

**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?

☒ ( 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 ☐ ( ) 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?

☐ ( ) Sim ☒ ( X ) 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:

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

☒ ( X ) 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?

( 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:

( ) Não se Aplica

01 assistente social: ( X ) Sim ( ) Não

01 psicólogo: ( X ) Sim ( ) Não

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

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

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



## PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



ii. Promoção da Integração ao mercado de trabalho: ( ) Sim ( ) Não ( X ) 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: ( ) 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 ( 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: ( ) 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:

( X ) Sim ( ) Não

### **Ressalvas (numerar):**

1. **D) i** – Segundo a coordenadora do serviço participam em média 30 pessoas idosas e a meta prevista no plano da parceria é de 35 pessoas idosas.

1. **B) vi** – A preparação dos alimentos segue cardápio feito pela nutricionista que atualmente não faz mais parte da equipe da OSC.

### **Observações:**



# PREFEITURA DE MEDIANEIRA

Estado do Paraná

Secretaria Municipal de Assistência Social



Parceria pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDPI) – banco de projetos – imposto de renda.

Medianeira, 26 de setembro de 2025.

**Christiane Zanette Mondardo**

Gestora da Parceria

Portaria nº 373/2021



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 2667-7DAF-A833-AC4E

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



CHRISTIANE ZANETTE MONDARDO (CPF 039.XXX.XXX-85) em 03/10/2025 14:29:05 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/2667-7DAF-A833-AC4E>



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Assistência Social



## Relatório de Visita

### 1 – IDENTIFICAÇÃO DA OSC

|                     |                                                  |                  |                |             |           |
|---------------------|--------------------------------------------------|------------------|----------------|-------------|-----------|
| <b>Nome da OSC:</b> | Sociedade Filantrópica Semear de Medianeira - PR |                  |                |             |           |
| <b>CNPJ:</b>        | 05.774.123/0001-01                               |                  |                |             |           |
| <b>Endereço:</b>    | Rua Mario Lorenzoni, 71                          | <b>Bairro:</b>   | Belo Horizonte |             |           |
| <b>Município:</b>   | Medianeira                                       | <b>UF:</b>       | PR             | <b>CEP:</b> | 85884-000 |
| <b>E-mail:</b>      | semear@semearmedianeira.org.br                   | <b>Telefone:</b> | (45)3264-0058  |             |           |

|                                     |                                |                  |                |  |  |
|-------------------------------------|--------------------------------|------------------|----------------|--|--|
| <b>Nome do representante legal:</b> | Camila Campos Clavisso         |                  |                |  |  |
| <b>CPF:</b>                         | 052.399.099-54                 | <b>Cargo:</b>    | Presidente     |  |  |
| <b>E-mail:</b>                      | semear@semearmedianeira.org.br | <b>Telefone:</b> | (45) 3264-0212 |  |  |

### 2 – DADOS DA PARCERIA

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                            |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------|
| Termo de ( X ) Fomento    (   ) Colaboração    nº: |                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | 006/2024                                   |
| Objeto da Parceria:                                | Promover saúde e bem-estar dos idosos, por meio da execução das atividades para assegurar o acesso as políticas Públicas, direito de envelhecimento saudável e saúde mental e física, prioritariamente para o Bairro Belo Horizonte, no município de Medianeira-PR. |               |                                            |
| Nº Processo:                                       | 005/2024                                                                                                                                                                                                                                                            | Valor:        | R\$ 70.632,00<br>1º aditivo: R\$ 72.797,08 |
| Data da assinatura:                                | 27/06/2024                                                                                                                                                                                                                                                          | Vigência até: | 26/06/2026                                 |
| 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:

Oferecer até 35 vagas para idosos(as), com idade igual ou superior a 60 anos, com no mínimo 20 vagas destinadas ao público prioritário.  
Meta 01: Atender até 35 idosos, prioritariamente encaminhados pela rede de proteção.  
Meta 02: Realizar oficinas de artesanato, a fim de desenvolver a terapia ocupacional, para 35 idosos.



**MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA**  
**Estado do Paraná**  
*Secretaria Municipal de Assistência Social*



Meta 03: Ofertar rodas de conversar com diferentes profissionais como pedagogo, psicólogo, assistente social, educação física, enfermeiros, a fim de prestar orientações voltadas para este ciclo de vida, criando mecanismos que melhoram a qualidade de vida social, mental e física dos idosos, quinzenalmente.

### **3.2 – Informações referentes à visita:**

- Firmado Primeiro Termo Aditivo em 10/03/2025 acrescentando o valor de R\$ 2.034,04, captado após a formalização da parceria e o valor de R\$ 131,04 referente aos rendimentos financeiros, sendo utilizado na rubrica de material educativo e esportivo, totalizando o valor global de R\$ 72.797,08;
- Plano de Trabalho da OSC foi atualizado em 20/08/2025 devido a uma atualização no cronograma de atividades, passando a oficina de artesanato a ser desenvolvida nas segundas-feiras;
- Realizada visita na data de 26/09/2025, conversamos com a pedagoga e coordenadora, Karine Vogt, o assistente social, Marcelo Souza Avila e a psicóloga Naudielle Oliveira, que informaram que havia acabado de encerrar as atividades com as pessoas idosas, pois, alguns já tinham compromisso em casa e pediram para encerrar mais cedo; relataram que o grupo iniciou às 7h40, sendo que no primeiro momento aferiram a pressão e fizeram atividades de ginástica, e depois iniciaram as atividades em grupo do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV;
- Informaram que eles tiveram atividades com a psicóloga nova, sobre a temática do setembro amarelo, e fizeram uma dinâmica. Após, o lanche foi servido ao grupo na própria sala onde estavam;
- Estiveram presentes em torno de 23 pessoas idosas, sendo 3 homens que, segundo Karine, agora começaram a participar também, a convite das esposas ou filhas; uma idosa permaneceu na entidade após o encerramento das atividades do SCFV, pois está participando de uma oficina de pintura em tela, em parceria com CPC;
- Karine informou que a alteração do cronograma do plano de trabalho foi uma demanda trazida pelas idosas. Nas segundas-feiras realizam a oficina de artesanato, momento que é acompanhado pela educadora social. Quinzenalmente o grupo é desenvolvido pela psicóloga no formato roda de conversa, no qual tratam sobre temas como cuidados com a saúde, tentativas de golpes, e assuntos diversos;
- Referente a publicização foi solicitado observar as orientações constantes na Legislação da parceria, bem como no Termo da parceria se atentando a todos os itens exigidos;
- O Relatório de Execução do Objeto está sendo enviado pela OSC mensalmente; Solicita-se a revisão da forma de preenchimento do item 1.2, haja vista que o campo “resultados alcançados” deve ser preenchido com as aquisições dos usuários com as atividades desenvolvidas, a partir da observação do profissional ou outras formas de avaliação, enquanto o campo “justificativa” deve ser utilizado para justificar a não



**MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA**  
**Estado do Paraná**  
*Secretaria Municipal de Assistência Social*



realização da atividade prevista ou o não alcance de resultados pretendidos. No item 1.3 necessário revisar o cálculo da porcentagem atingida da meta. E no item 1.5 não vem sendo preenchido o campo “meta atingida”. Além disso, em anexo aos relatórios estão sendo anexados somente a lista de frequência da oficina de Artesanato, sendo necessário constar a lista de frequência das demais atividades constantes no plano de trabalho;

- Nada mais havendo a constar, a Comissão seguirá acompanhando e monitorando a presente parceria até a sua finalização.

Medianeira, PR, 26 de setembro de 2025.

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

**Comissão de visitas e acompanhamento do CMDPI**  
**Resolução nº05/2025 de 18/12/2023**

**Gestora da Parceria**  
**Portaria nº 373/2021**



MUNICÍPIO DE MEDIANEIRA  
Estado do Paraná  
Secretaria Municipal de Assistência Social



**Registros Fotográficos**



## PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Lei nº 13.019/2014 – Art.58 §2

Decreto nº 062/2018 – Art. 53

Nome da Organização: Semear  
Nome do Projeto: Mexa-se - Promovendo saúde e bem estar dos Idosos  
Total de participantes: 23  
Total de questionários respondidos: 20

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

| muito satisfeito | satisfeito | pouco satisfeito | insatisfeito | não se aplica | não respondeu |
|------------------|------------|------------------|--------------|---------------|---------------|
| 13               | 2          |                  |              |               | 5             |

Comentários: "Sou muito grata e muito feliz, o que não deu para fazer na minha infância, estou me divertindo muito hoje"; "Ótimo"; "Ocupa a nossa mente e fazemos bastante amizades"; "é um lugar muito satisfeito"; "Estou muito feliz com as atividades";

### 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 |
|------------------|------------|------------------|--------------|---------------|---------------|
| 16               | 4          |                  |              |               |               |

#### • Com relação a qualidade?

| muito satisfeito | satisfeito | pouco satisfeito | insatisfeito | não se aplica | não respondeu |
|------------------|------------|------------------|--------------|---------------|---------------|
| 17               | 3          |                  |              |               |               |

#### • Com relação a variedade?

| muito satisfeito | satisfeito | pouco satisfeito | insatisfeito | não se aplica | não respondeu |
|------------------|------------|------------------|--------------|---------------|---------------|
| 14               | 5          |                  |              |               | 1             |

"Só agradecer pelo carinho de vocês conosco, que vocês sejam cada vez mais capacitados pelo amor de Jesus"; "Já precisávamos a tempo atrás"; "Não tenho muito a opinar, pois hoje é a 3ª vez que participo"; "Já participava tempos atrás"; "Ótimo e maravilhoso"; "Eu gosto de participar, porque eles são muito

### 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 |
|------------------|------------|------------------|--------------|---------------|---------------|
| 16               | 3          |                  |              |               | 1             |

#### • Com relação a acessibilidade do espaço?

| muito satisfeito | satisfeito | pouco satisfeito | insatisfeito | não se aplica | não respondeu |
|------------------|------------|------------------|--------------|---------------|---------------|
| 16               | 3          |                  |              |               | 1             |

#### • Com relação a higiene do local?

| muito satisfeito | satisfeito | pouco satisfeito | insatisfeito | não se aplica |  |
|------------------|------------|------------------|--------------|---------------|--|
| 18               | 2          |                  |              |               |  |

Comentário: "Não vejo nada irregular para mim está tudo ótimo. Sou a Helene, respondi com muito carinho"; "ótimo"; "É uma higiene especial, muito bom"; "Eu gosto de todas as atividades, o ambiente é maravilhoso, pra mim está tudo bom"; "Tá bom, não tem o que reclamar"; "Excelente";

### 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?**

| muito satisfeito | satisfeito | pouco satisfeito | insatisfeito | não se aplica | não respondeu |
|------------------|------------|------------------|--------------|---------------|---------------|
| 14               | 5          |                  |              |               | 1             |

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

| muito satisfeito | satisfeito | pouco satisfeito | insatisfeito | não se aplica | não respondeu |
|------------------|------------|------------------|--------------|---------------|---------------|
| 16               | 1          |                  |              |               | 3             |

"Amo ela tem muito carinho conosco, agradeço pela dedicação e paciência conosco, agradeço a Deus por ela, só gratidão";"ótimo";"Os profissionais satisfeitos e pacientes com todos nós";"Muito boa";

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

"Com certeza para mim que estava sempre em casa sem fazer nada, com a graça de Deus, ele me mostrou o caminho que precisava, hoje só posso dizer que tem lar maravilhoso que está me fazendo feliz. Obrigada a todos vocês"."Com certeza é diferente das atividades caseiras. Muito bom";"Com certeza ajuda muito com amor e carinho a cada um de nós";"Pra mim, eu fiquei muito bem de saúde";"Gosto muito";

**6. Elogios/Críticas/Sugestões**

"Só agradecer";"Muito bom";"Não tenho palavras para falar, eles são muito especial com nós";"Tudo é muito bom, Deus abençoe a todos(as)";" Só elogios";"Eu estou muito contente que podemos participar da ginástica e todas as atividades";



## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 6021-EB74-2097-3DFB

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

- ✓ CHEILE KÁTIA DA SILVA DE OLIVEIRA (CPF 049.XXX.XXX-14) em 03/10/2025 13:14:21 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ FLAVIO GEDOZ (CPF 969.XXX.XXX-20) em 03/10/2025 13:16:06 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ GLEICI MARIA VARIZA BORGES (CPF 072.XXX.XXX-05) em 03/10/2025 13:16:35 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ PAMELLA REGINA DA CRUZ CANTON (CPF 042.XXX.XXX-59) em 03/10/2025 13:50:52 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ SILVANA MITTMANN DAMACENO (CPF 026.XXX.XXX-80) em 03/10/2025 14:01:24 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ MARIA JAQUELINE NANDI (CPF 051.XXX.XXX-58) em 03/10/2025 14:03:28 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ JESSICA HELENA DE OLIVEIRA RAMOS (CPF 085.XXX.XXX-74) em 03/10/2025 14:15:30 GMT-03:00  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
- ✓ CHRISTIANE ZANETTE MONDARDO (CPF 039.XXX.XXX-85) em 03/10/2025 14:29:29 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/6021-EB74-2097-3DFB>