



ANEXOS COMPLEMENTARES – V

MODELO DE AVALIAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

**OBS: AS INFORMAÇÕES EM VERMELHO SÃO ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO, DEVENDO OBRIGATORIAMENTE EXCLUI-LAS ANTES DA IMPRESSÃO DO DOCUMENTO.**

**EMITIR EM PAPEL TIMBRADO DA SECRETARIA**

**AVALIAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS BIMESTRAL**

**Instrumento:** Termo de (Colaboração/Fomento), N.º \_\_\_\_\_

**N.º SIT :**

**OSC:**

**Título do Projeto/Atividade/Serviço:**

**Descrição Do Objeto Pactuado:**

**Período: Ano 20** \_\_\_\_\_

**BIMESTRE:** \_\_\_\_\_ **( EX: PRIMEIRO BIMESTRE)**

**Análise de Documentos Comprobatórios das Despesas:**

*(A análise citada abaixo trata-se do mínimo que deve ser observado. Caso o fiscal ache pertinente, poderá incluir outros aspectos a serem observados, conforme necessidade do objeto da parceria)*

Nº	Descrição	s/n/x
1.	Os documentos fiscais apresentam relação com o objeto da parceria?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
2.	Houve a realização de pesquisa de preços devidamente formalizada garantindo ampla concorrência e obedecendo aos princípios da eficiência e economicidade?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
3.	O tomador cumpriu as formalidades para os processos de compras, atendendo a legislação de licitações quando órgão público, obedecendo ao regulamento de compras quando OSCIP ou OS, e realizando pesquisas de preços?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
4.	São utilizados documentos adequados para cada tipo de despesa, revestidos das formalidades e compatíveis com a legislação fiscal?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
5.	As despesas estão de acordo com o objeto da transferência e com o plano de trabalho?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)



ANEXOS COMPLEMENTARES – V

MODELO DE AVALIAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

PREFEITURA  
DO MUNICÍPIO  
DE ROLÂNDIA  
ESTADO DO PARANÁ

AV. Presidente Bernardes, 809 – Centro - CEP. 86.600-067 - Rolândia, Paraná - Fone: (043) 3255-8600

6.	Foi possível verificar coerência nas compras constantes nos documentos fiscais e no observado nas visitas in loco realizadas?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
7.	As quantidades adquiridas/realizadas condizem com as metas cumpridas?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
8.	Os serviços pagos no período foram prestados adequadamente?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
9.	A equipe de trabalho apresentada na prestação de contas condiz com os recursos humanos contratados?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
10.	Os equipamentos adquiridos estão no projeto?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
11.	Todos os recursos da transferência, inclusive contrapartida, são movimentados em conta específica para a transferência aberta em banco oficial?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
12.	Houve a correta movimentação dos recursos e os lançamentos da conta específica guardam conformidade com os eventos registrados sendo possível conciliar todos os lançamentos contábeis e movimentos financeiros?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
13.	Enquanto não utilizados, os recursos foram depositados em poupança ou outra aplicação financeira?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
14.	Os rendimentos estão devidamente registrados junto ao saldo contábil da transferência?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
15.	Os repasses ocorreram dentro do cronograma previsto / Não houve retenção de parcelas por culpa do tomador?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)
16.	Houve a entrega tempestiva da prestação de contas?	(SIM/NÃO/NÃO SE APLICA)

**Conclusão da Análise Documental das Despesas:**

*Com base na análise dos documentos comprobatórios das despesas apresentadas pela Organização da Sociedade Civil na prestação de contas, foi possível verificar o nexo entre as aquisições e as atividades realizadas, metas cumpridas e resultados alcançados*

**Conclusão do Relatório:**

*Com base nas descrições relatadas e nas análises realizadas, foi possível concluir que a Organização da Sociedade Civil conseguiu comprovar o alcance das metas e resultados estabelecidos no Termo Pactuado.*

Comissão Permanente de Controle Interno

Município de Rolândia – Estado do Paraná  
CNPJ nº 76.288.760/0001-08  
Fone: (43) 3255-8600 ou 3255-8638



ANEXOS COMPLEMENTARES – V

MODELO DE AVALIAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

PREFEITURA  
DO MUNICÍPIO  
DE ROLÂNDIA  
ESTADO DO PARANÁ

Dessa forma, declaramos que a prestação de contas da Organização da Sociedade Civil identificada no presente relatório está: **Aprovada / Aprovada com ressalva, sendo o motivo: xxxxxxxxxxxxxxxx / Reprovada, cabendo o cumprimento de medidas administrativas para a instauração de Tomada de Contas da parceria. (DEVE-SE ADAPTAR O RELATÓRIO EM CASO DE DESAPROVAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS.)**

**Motivos dos Itens Irregulares:**

*Não foram encontrados motivos irregulares na prestação de contas.  
(descrever os motivos quando de sua ocorrência, se verificada irregularidade )*

Rolândia , XXX de XXXXXXXXXX de XXXXXXXX

Nome:

C.P.F.

Fiscal da Transferência  
(ASSINADO ELETRONICAMENTE)

**RATIFICAÇÃO DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:**

*A Comissão de Monitoramento e Avaliação, constituída através da Portaria Nº xxxxxx de xx de xxxxxxxx de 20xx, responsável por monitorar e avaliar o cumprimento do TERMO PACTUADO, APROVA E RATIFICA esta AVALIAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS BIMESTRAL*

**SE REPROVADO E CABENDO O CUMPRIMENTO DE MEDIDAS ADMINISTRATIVAS PARA A INSTAURAÇÃO DE TOMADA DE CONTAS DA**

Comissão Permanente de Controle Interno

Município de Rolândia – Estado do Paraná

CNPJ nº 76.288.760/0001-08

Fone: (43) 3255-8600 ou 3255-8638



ANEXOS COMPLEMENTARES – V

MODELO DE AVALIAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

**PARCERIA, DEVE-SE RELATAR O OCORRIDO AO DEPARTAMENTO DE CONVÊNIOS**

**(DEVE-SE ADAPTAR O RELATÓRIO EM CASO DE DESAPROVAÇÃO DA PESQUISA.)**

PREFEITURA  
DO MUNICÍPIO  
DE ROLÂNDIA  
ESTADO DO PARANÁ

**Motivos dos Itens Irregulares:**

*Não foram encontrados irregularidades.*

*(descrever os motivos quando de sua ocorrência, se verificada irregularidade )*

Nome:  
C.P.F.

Membro da Comissão de  
Monitoramento e Avaliação  
(ASSINADO ELETRONICAMENTE)

Nome:  
C.P.F.

Membro da Comissão de  
Monitoramento e Avaliação  
(ASSINADO ELETRONICAMENTE)

Nome:  
C.P.F.

Membro da Comissão de  
Monitoramento e Avaliação  
(ASSINADO ELETRONICAMENTE)