

OF.GAB.PRES.COREN-GO Nº 023/2016

Goiânia, 30 de março de 2016.

Ilustríssimo Senhor
Dr. Manoel Carlos Neri da Silva
Presidente do Conselho Federal de Enfermagem

Senhor Presidente,

O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Goiás vem por intermédio deste enviar o processo de Prestação de Contas referente ao ano de 2015.

Certos de vosso pronto atendimento nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos.



IVETE SANTOS BARRETO
Coren-GO 16.009
Presidente

Anexo:

- ✓ Roteiro de Verificação de peças e conteúdo;
- ✓ Rol de Responsáveis;
- ✓ Relatório de Gestão Anual da Administração;
- ✓ Balancete de Verificação;
- ✓ Balanço Patrimonial e Demonstração de Fluxo de Caixa;
- ✓ Balanço Orçamentário;
- ✓ Balanço Financeiro;
- ✓ Comparativo da Receita e Despesa Orçada/Fixada com a Realizada/Executada;
- ✓ Demonstração de Variações Patrimoniais;
- ✓ Inventário Patrimonial e Almoarifado;
- ✓ Montante da Inadimplência e Dívida Ativa;
- ✓ Conciliações Bancárias e extratos bancários;
- ✓ Conciliações de demais saldos contábeis na Balanço;
- ✓ Notas Explicativas;
- ✓ Relatório de Atividades da Controladoria;
- ✓ Parecer da Controladoria sobre as contas de Gestão;
- ✓ Declaração expressa da respectiva unidade de pessoal de que as pessoas relacionadas no rol de responsáveis estão em dia com a exigência da apresentação da declaração de bens e rendas de que trata a Lei n. 8.730/93;
- ✓ Listagem eletrônica de empenho, liquidação e pagamento, em ordem cronológica, efetuados no exercício de 2015;
- ✓ Inventário Patrimonial em formato eletrônico;
- ✓ Parecer, de caráter opinativo, acerca das contas da gestão;
- ✓ Extrato da Ata de Reunião Plenária que aprovou as contas do Conselho Regional e Deliberações da Homologação pelo Plenário do Conselho Regional
- ✓ Decisão Coren Goiás que aprova as contas da Gestão.

/C/C: Setor Contábil do COREN-GO.

Rua 38 Nº 645, Setor Marista – Goiânia (GO)
CEP: 74.150-250 – TEL/FAX: (62) 3242.2018
www.corengo.org.br / corengo@corengo.org.br

ROTEIRO DE VERIFICAÇÃO DE PEÇAS E CONTEUDOS

- I) Rol de Responsáveis – fls. 04 a 10 Volume I
- II) Relatório de Gestão Anual, na estrutura definida em decisão normativa do Tribunal de Contas da União – fls. 11 a 197 Volume I
- III) Balancete de Verificação do exercício a que se refere a prestação de contas anual e do imediatamente anterior – fls. 01 a 91 Volume II
- IV) Balanço Patrimonial Analítico e Balanço Patrimonial Comparado Analítico do exercício a que se refere a prestação de contas anual e do imediatamente anterior – fls. 92 a 101 Volume II
- V) Demonstração de Fluxo de Caixa Analítica do Exercício e do imediatamente anterior – fls. 129 a 132 Volume II
- VI) Balanço Orçamentário Analítico do exercício a que se refere a prestação de contas anual e do imediatamente anterior – fls. 102 a 107 Volume II
- VII) Balanço Financeiro Analítico do exercício a que se refere a prestação de contas anual e do imediatamente anterior – fls. 108 a 111 Volume II
- VIII) Comparativo da Receita e Despesa Orçada/Fixada com a Realizada/Executada do exercício a que se refere a prestação de contas anual e do imediatamente anterior – fls. 112 a 124 Volume II
- IX) Demonstração das Variações Patrimoniais Analítica do exercício a que se refere a prestação de contas anual e do imediatamente anterior – fls. 125 a 128 Volume II
- X) Inventário Patrimonial e do Almoxarifado – fls. 133 a 163 Volume II
- XI) Montante da Inadimplência e Dívida Ativa do exercício e acumulado – fls. 164 a 165 Volume II
- XII) Conciliações Bancárias e extratos bancários de todas as contas correntes, inclusive com saldo zero, de aplicações e de poupança do mês de dezembro a que se refere a prestação de contas e do mês de janeiro do exercício imediatamente posterior – fls. 166 a 206 Volume II
- XIII) Conciliações de demais saldos contábeis no Balanço – fls. 166 a 206 Volume II
- XIV) Notas Explicativas – fls. 207 Volume II
- XV) Relatório de Atividades da Controladoria-Geral sobre sua atuação no exercício, contendo, no mínimo:



Coren^{GO}

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Unir para avançar

- a) falhas, irregularidades ou ilegalidades constatadas, indicando as providências adotadas;
 - b) irregularidades ou ilegalidades que resultaram em prejuízo, indicando as medidas implementadas com vistas ao pronto ressarcimento ao Erário;
 - c) atos de gestão ilegítimos ou antieconômicos que resultaram em dano ao erário ou prejudicaram o desempenho da ação administrativa no cumprimento dos programas de trabalho, indicando as providências adotadas;
 - d) transferências e recebimentos de recursos mediante convênio, acordo, ajuste, termo de parceria e outros instrumentos congêneres, bem como a título de subvenção, auxílio e contribuição, destacando, dentre outros aspectos, a observância às normas legais e regulamentares pertinentes à correta aplicação dos recursos e o atingimento dos objetivos colimados;
 - e) regularidade dos processos licitatórios, dos atos relativos à dispensa e à inexigibilidade de licitação, bem como dos contratos;
 - f) resultados da gestão, quanto à eficácia e eficiência;
 - g) cumprimento das determinações expedidas pelo Tribunal de Contas da União;
 - h) justificativas apresentadas pelo responsável sobre as irregularidades apontadas. – fls. 208 a 212 Volume II
- XVI) Parecer da Controladoria-Geral da autarquia sobre as contas da gestão – fls. 213 a 220 Volume II
- XVII) Declaração expressa da respectiva Unidade de Pessoal de que as pessoas relacionadas no rol de responsáveis estão em dia com a exigência da apresentação da declaração de bens e rendas de que trata a Lei nº 8.730/93 – fls. 221 Volume II
- XVIII) Listagem eletrônica de empenho, liquidação e pagamento, em ordem cronológica, relativa ao exercício a que se refere a prestação de contas – fls. 222 Volume II
- XIX) Inventário Patrimonial em formato eletrônico – fls. 223 Volume II
- XX) Esclarecimento do Responsável (gestor) quanto ao(s) eventual(is) deficit(s) – não houve
- XXI) Parecer, de caráter opinativo, que aprove as contas – fls. 224/225 Volume II
- XXII) Ata ou Extrato da Ata da Reunião Plenária do Regional que aprovou o parecer opinativo – fls. 226 Volume II



ROL DE RESPONSÁVEIS

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
NOME	Ivete Santos Barreto			CPF	112.537.895-68		
END. RESIDENCIAL	ALAMEDA DA REPUBLICA ESQ. C/ J-10 QD. E LT. 5/9 CASA 06 - SETOR JAÓ						
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74673-070		
TELEFONE	3941-1828	FAX		EMAIL	ivetesantosbarreto@yahoo.com.br		
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro de órgão colegiado efetivo que, por definição legal, regimental ou Estatutária é responsável por atos de gestão.					
Nome do Cargo ou Função		Presidente do COREN/GO					
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício			
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim		
448/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017		

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
NOME	Marli Aparecida de Ávila			CPF	184.493.791-72		
END. RESIDENCIAL	Rua D-34 Qd. 24 Lt. 12 Conjunto Cachoeira Dourada						
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74363-055		
TELEFONE	(62)8561-8194	FAX		EMAIL	marliavila@yahoo.com.br		
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO							
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro de órgão colegiado efetivo que, por definição legal, regimental ou Estatutária é responsável por atos de gestão.					
Nome do Cargo ou Função		Tesoureira do COREN/GO					
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício			
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim		
448/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017		

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás					
DADOS DO RESPONSÁVEL							
NOME	Angela Cristina Bueno Vieira			CPF	498.021.861-04		
END. RESIDENCIAL	Alameda da República com J-10 Qd. E Lt. 5/9 Casa 10 Setor Jaó						
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74673-070		

Handwritten signatures and initials in blue ink.



Coren^{GO}

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Unir para avançar

TELEFONE	3942-2171	FAX		EMAIL	angelacristinabv@gmail.com
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro de órgão colegiado efetivo que, por definição legal, regimental ou Estatutária é responsável por atos de gestão.			
Nome do Cargo ou Função		Secretaria do COREN/GO			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
448/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA	Conselho Regional de Enfermagem de Goiás				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Glenda Batista de Almeida Andrade			CPF	833.791.341-04
END. RESIDENCIAL	AV. HANNOVER QD 146 LT14 Jardim Europa				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74330-360
TELEFONE	(62) 3287-2282	FAX		EMAIL	glendabaa@gmail.com
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro suplente de Plenário			
Nome do Cargo ou Função		Conselheira Suplente			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA	Conselho Regional de Enfermagem de Goiás				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Laura Maria Isabela Tiago de Barros			CPF	100.228.991-20
END. RESIDENCIAL	R UBERABA QD 36 LT 25 setor Alto da Glória				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74815-350
TELEFONE	(62) 3282-3106	FAX		EMAIL	lauraisabela@hotmail.com
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro Efetivo de Órgão Colegiado			
Nome do Cargo ou Função		Conselheira Efetiva			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

[Handwritten signature]



Coren^{GO}

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Unir para avançar

UNIDADE JURISDICIONADA	Conselho Regional de Enfermagem de Goiás					
DADOS DO RESPONSÁVEL						
NOME	Nilza Maria Pires de Moraes			CPF	303.673.011-72	
END. RESIDENCIAL	R Moretes Qd. 08 Lt20 Residencial Campos D.					
CIDADE	Goiânia		UF	GO	CEP	74356-445
TELEFONE	(62) 8206-8525	FAX		EMAIL	japinha1964@hotmail.com	
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO						
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)	Membro suplente de Plenário					
Nome do Cargo ou Função	Conselheira Suplente					
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim	
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017	

UNIDADE JURISDICIONADA	Conselho Regional de Enfermagem de Goiás					
DADOS DO RESPONSÁVEL						
NOME	Marines de Sousa Ribeiro			CPF	840.354.711-00	
END. RESIDENCIAL	Rua Dona Gercina Qd. 17 Lt. 1-20 Bl A Apto 53 Setor Negro de Lima					
CIDADE	Goiânia		UF	GO	CEP	74650-060
TELEFONE		FAX		EMAIL		
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO						
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)	Membro suplente de Plenário					
Nome do Cargo ou Função	Conselheira Suplente					
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício		
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim	
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017	

UNIDADE JURISDICIONADA	Conselho Regional de Enfermagem de Goiás					
DADOS DO RESPONSÁVEL						
NOME	Luciana Aparecida Soares Moreira			CPF		
END. RESIDENCIAL	R J 18 qd 77 lt 20 casa 01 Setor Jaó					
CIDADE	Goiânia		UF	GO	CEP	74673-330
TELEFONE	(62) 3093-3817	FAX		EMAIL	lasmoreira25@yahoo.com.br	
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO						
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)	Membro suplente de Plenário					



Coren^{GO}

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Unir para avançar

Nome do Cargo ou Função		Conselheira Suplente			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Silvio José de Queiroz		CPF	585.566.801-00	
END. RESIDENCIAL	R T 27 N 300 RES GLAYSON AP 404 Setor Bueno				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74210-030
TELEFONE	(62) 3946-1054	FAX		EMAIL	silvio.resgate@gmail.com
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro suplente de Plenário			
Nome do Cargo ou Função		Conselheiro Suplente			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Cristiane José Borges		CPF	787.433.541-49	
END. RESIDENCIAL	RUA A-4 QD.14 LT.16 CONJ RESIDENCIAL COHACOL				
CIDADE	Jataí	UF	GO	CEP	75800-000
TELEFONE	3636-7538	FAX		EMAIL	cristianejose@yahoo.com.br
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro Suplente de Plenário			
Nome do Cargo ou Função		Conselheira Suplente			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Michelle da Costa Mata		CPF	891.738.131-68	



Coren^{GO}

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Unir para avançar

END. RESIDENCIAL	Rua do Golfinho Qd. 37 Lt. 09 Casa 02 Jardim Atlântico				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74343-330
TELEFONE	(62) 3293-4143	FAX		EMAIL	ccihmcm@gmail.com
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)	Membro efetivo de Órgão Colegiado				
Nome do Cargo ou Função	Conselheira Efetiva				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA	Conselho Regional de Enfermagem de Goiás				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Fernando Correa			CPF	464.245.801-82
END. RESIDENCIAL	RUA TRAVESSA DA PRATA QD 144 LT 24 Parque Oeste Ind.				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74375-060
TELEFONE	(62) 3296-1407	FAX		EMAIL	fernandoiesa@hotmail.com
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)	Membro efetivo de Órgão Colegiado				
Nome do Cargo ou Função	Conselheiro Efetivo				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA	Conselho Regional de Enfermagem de Goiás				
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Ronilda de Souza Cavalcante e Silva			CPF	760.825.121-20
END. RESIDENCIAL	Rua GB 29 Qd. 51 Lt. 11 CA Jd. Guanabara 3				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74366-046
TELEFONE	(62) 9275-7969	FAX		EMAIL	ronildacavalcante@terra.com.br
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)	Membro suplente de Plenário				
Nome do Cargo ou Função	Conselheira Suplente				
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim

[Handwritten signatures]



Coren^{GO}

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Unir para avançar

447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017
----------	------------	--	--	------------	------------

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Milca Severino Pereira		CPF	095.238.711-53	
END. RESIDENCIAL	R 1028 QD.68 N.70 APTO.1801 RESIDENCIAL AKKAR Setor Pedro Ludovico				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74823-130
TELEFONE	(62) 3281-7041	FAX		EMAIL	milcaseverino@gmail.com
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro efetivo de Órgão Colegiado			
Nome do Cargo ou Função		Conselheira Efetiva			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Rosilene Alves Brandão e Silva		CPF	438.901.991-00	
END. RESIDENCIAL	R Presidente Vargas, Qd.69, Lt.18 Jardim Presidente				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74353-480
TELEFONE	(62) 8275-3221	FAX		EMAIL	rosilenealves55@yahoo.com.br
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro Efetivo de Órgão Colegiado			
Nome do Cargo ou Função		Conselheira Efetivo			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Julivan Rosa Prata		CPF	857.113.811-72	
END. RESIDENCIAL	RUA VF-01 QD.01 LT.13 Vila Finsocial				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74473-015
TELEFONE	(62) 8502-8693	FAX		EMAIL	julivanselma1974@hotmail.com

Handwritten signatures and initials in blue ink.



Coren^{GO}

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás

Unir para avançar

INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro Efetivo de Órgão Colegiado			
Nome do Cargo ou Função		Conselheiro Efetivo			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Viviane Ribeiro			CPF	767.622.381-49
END. RESIDENCIAL	Alameda Mario Caiado qd. 12 Lt. 13 Setor Pedro Ludovico				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74820-070
TELEFONE	(62) 9147-5696	FAX		EMAIL	viviribeiro37@gmail.com
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro suplente de Plenário			
Nome do Cargo ou Função		Conselheira Suplente			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

UNIDADE JURISDICIONADA		Conselho Regional de Enfermagem de Goiás			
DADOS DO RESPONSÁVEL					
NOME	Iramar Alves dos Santos			CPF	897.007.321-34
END. RESIDENCIAL	RUA MARIA ABADIA DA COSTA QD.3 LT.10 Residencial Recanto das Garças				
CIDADE	Goiânia	UF	GO	CEP	74485-774
TELEFONE	(62) 8440-5017	FAX		EMAIL	robira02@hotmail.com
INFORMAÇÃO DO CARGO OU FUNÇÃO					
Natureza de Responsabilidade (art. 10 da IN TCU 63/2010)		Membro suplente de Plenário			
Nome do Cargo ou Função		Conselheiro Suplente			
Ato de Designação		Ato de Exoneração		Período de Gestão no Exercício	
Nome e Número	Data	Nome e Número	Data	Início	Fim
447/2014	01/12/2014			01/01/2015	31/12/2017

[Handwritten signature]