PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E CONTROLE

LIMPAR CAMPOS

Formulário de Acompanhamento de Fiscalização in loco do TCESP

Data: _____/_____/_____ **Período:** _____

Secretaria Fiscalizada: _____

Tema Fiscalizado: _____

Objeto(s) Fiscalizado(s): _____

Local (is) Fiscalizado (s): _____

_____

_____

Agente(s) de Fiscalização do TCESP: _____

_____

Servidor(es) da PMC que acompanharam: _____

_____

Ocorrências: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Auditor de Controle Interno