|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONÁRIO** |  |
| **Nome da Unidade / Ciclo:**  Secretaria de XXXX/Auditoria/OS 0XX/202X | **AUDITORES**  Nome |

## **QUESTIONÁRIO Nº : XXX**

**OBJETIVO:** Este questionário tem por finalidade complementar o entendimento da equipe de auditoria sobre o objeto da presente ordem de serviço.

**PRAZO PARA ENVIO DAS RESPOSTAS:** XX dias úteis a contar do recebimento do questionário pela unidade auditada.

**QUESTÕES:**

1. Xxxxxxxxx
2. xxxxxxxxx
3. xxxxxxxxx
4. xxxxxxxxx

**Em caso de dúvidas, orientações ou esclarecimentos quanto ao questionário, entrar em contato com o(a) auditor(a) XXXX, telefone XXXXXXXXXX.**

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Auditor** | **Nome do Auditor** |
| Auditor de Contas Públicas | Auditor de Contas Públicas |
| Mat. XXX.XXX-X | Mat. XXX.XXX-X |