|  |
| --- |
| **RELATÓRIO MENSAL DE FISCALIZAÇÃO DE CONTRATO DE SERVIÇO TERCEIRIZADO** |
|  | **MÊS/ANO DE COMPETÊNCIA \_\_\_\_\_\_\_/ ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **CONTRATO**: **VIGÊNCIA CONTRATUAL:**  |   |
| **CONTRATADA: UNIDADE / SETOR:**  |
| **OBJETO CONTRATADO:** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **CONTRATO COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA DE MÃO DE OBRA:** | SIM ( )  | NÃO ( ) |
|  |  |  |  |
|  |
| **I CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA PAGAMENTO** |
|   |  |  |  |
| ORD. | ITENS | SIM |
| 1 | Nota Fiscal |   |
| 2 | Relatório de Fiscalização (Contendo ANS/IMR) |   |
| 3 | SICAF – COMPRASNET (Regularidade Federal, Estadual E Municipal)Ou (Certidões = Receita, FGTS, Trabalhista, Estadual E Municipal) |   |
| 4 | Declaração da Empresa de Optante do Simples (Se Couber)(Original Assinada pelo Representante Legal) |    |
| 5 | Declaração de Débitos e Créditos Tributários Federais Previdenciários (DCTFWEB) (Se couber) |  |
| 6 | Guia DARF (INSS) + Comprovante de Pagamento (Se Couber) |  |
| 7 | Guia GRF (FGTS) + Comprovante de Pagamento |   |
| 8 | Protocolo de Envio de Arquivos – Conectividade Social |   |
| 9 | Relação dos Trabalhadores Constantes no Arquivo SEFIP |   |
| 10 | Relatórios SEFIP |   |
| 11 | Contracheques  |   |
| 12 | Comprovante Bancário de Depósito de Salários |   |
| 13 | Folhas Ponto |   |
| 14 | Vale Transporte (Comprovante de carga ou recarga) |   |
| 15 | Vale Refeição (Comprovante de carga ou recarga) |   |
| 16 | Contrato de Trabalho / Carteira de Trabalho / Exames Admissionais ou Demissionais / Termo de Rescisão / FGTS Rescisório com comprovante de recolhimento |   |
| (Se Couber = Admissões / Demissões) |   |
| 17 | Outros Documentos |   |
|  |  |  |  |
| **II RELAÇÃO DE TRABALHADORES** |
|   |  |  |   |
| VIDE **ANEXO I** - CONTROLE DE FUNCIONÁRIOS TERCEIRIZADOS |
|   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **III OCORRÊNCIAS** |
| Registro dos problemas ocorridos durante a execução do contrato, da ação tomada, das observações e das providências realizadas. Para tal, assinale o tipo de ocorrência e a descreva no campo “descrição da ocorrência”.( ) Faltas/afastamentos sem reposição( ) Faltas/afastamentos **com** reposição |
| ( ) Outra ocorrênciaDescrição da ocorrência:  |

|  |
| --- |
| **IV AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO SERVIÇO** |
| Registro do resultado da avaliação qualitativa do serviço, realizada através do **ANS** (Acordo de Nível de Serviço) para os contratos antigos ou **IMR** (Instrumento de Medição de Resultados) para os contratos novos, instrumentos estes que devem estar em anexo devidamente preenchidos.Informar a metodologia de cálculo da avaliação pelo instrumento ANS/IMR, o enquadramento nas faixas de ajustes de pagamento e a indicação de GLOSAS, quando couber. A metodologia de avaliação e o ANS/IMR estão presentes no edital de licitação e no Termo de Referência (TR), sendo a metodologia presente no corpo do documento e a ANS/IMR nos anexos.Descrição da Avaliação:  |
|  |

**V TOTAL DE GLOSAS DA NOTA OU FATURA (soma dos itens III e IV):**

**VI OBSERVAÇÕES**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO FISCAL / GESTOR:** | **DATA:** |
| **ASSINATURA:** |  |

#  ANEXO I

**CONTROLE DE FUNCIONÁRIOS TERCEIRIZADOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTRATO Nº:** **EMPRESA CONTRATADA:** | **MÊS DE COMPETÊNCIA DA NOTA FISCAL:** **MÊS DE COMPETÊNCIA DOS DOCUMENTOS TRABALHISTAS:** |
| **OBJETO DO CONTRATO:** |
| **Nº**  | **Nome do Funcionário** | **Função** | **Data****Admissão** | **Dias****Trab.** | **Dias****Faltas** | **CPF** | **Dados Bancários** | **Valor Salário****(em R$)** | **Valor dos Vales****(em R$)** |
| **Banco** | **C/C** | **Bruto** | **Líquido** | **Vale****Transp.** | **Vale****Refeição** |
| **01** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **02** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **03** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **04** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **05** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **06** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **07** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **08** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **09** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OBSERVAÇÕES:**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO FISCAL:** | **DATA:** |
| **ASSINATURA DO FISCAL:** |  |

*Observações: Informar no quadro acima se o funcionário é substituto (\*)* *Obs1: A quantidade de dias trabalhados pelo funcionário titular e seu substituto nos casos de falta, férias, licença maternidade, atestado médico e outras ausências permitidas por Lei, devem ser informados no quadro acima.*