|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | GUIA GPS (INSS) + COMPROVANTE DE PAGAMENTO | |  | |
| 6 | GUIA GRF (FGTS) + COMPROVANTE DE PAGAMENTO | |  | |
| 7 | PROTOCOLO DE ENVIO DE ARQUIVOS – CONECTIVIDADE SOCIAL | |  | |
| 8 | RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP | |  | |
| 9 | RELATORIOS SEFIP | |  | |
| 10 | CONTRACHEQUES | |  | |
| 11 | COMPROVANTE BANCÁRIO DE PAGAMENTO | |  | |
| 12 | FOLHAS PONTO | |  | |
| 13 | VALE TRANSPORTE (COMPROVANTE) | |  | |
| 14 | VALE REFEIÇÃO (COMPROVANTE) | |  | |
| 15 | CONTRATO DE TRABALHO / CARTEIRA DE TRABALHO | |  | |
| (SE COUBER = ADMISSÕES / DEMISSÕES) | |  | |
| 16 | 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. Deve ser relatado também a ocorrência **de faltas sem reposição** e o devido desconto (GLOSA) da nota fiscal ou fatura. |
|  |

|  |
| --- |
| **IV AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO SERVIÇO**  **(ANEXO II)** |
| 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.  Informar a metodologia de cálculo da avaliação pelo instrumento ANS/IMR e o enquadramento nas faixas de ajustes de pagamento. 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. |
|  |

**V TOTAL DE GLOSAS (soma dos itens III e IV):**

**VI OBSERVAÇÕES**

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

# ANEXO I

**CONTROLE DE FUNCIONÁRIOS TERCEIRIZADOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTRATO Nº:** | | | | **MÊS DE COMPETÊNCIA:** | | | | | | | | | |
| **CONTRATADO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **OBJETO DO CONTRATO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **Nº** | **Nome do Funcionário** | **Função** | **Admissão** | | **Dias**  **Trabalhados** | **Dias**  **Faltas** | **CPF** | **Dados Bancários** | | **Valor Salário**  **(em R$)** | | **Valor dos Vales**  **(em R$)** | |
| **Banco** | **C/C** | **Bruto** | **Líquido** | **Transporte** | **Refeição** |
| **01** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **02** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **03** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **04** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **05** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **06** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **07** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **08** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **09** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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.*