**RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COM ALOCAÇÃO DE MÃO DE OBRA** **Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

| Processo Administrativo: Especificar o número do processo eletrônico no e-PMPV. | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Empresa: | | | |
| CNPJ: | | | |
| Nº do Contrato: | | Vigência do Contrato: | |
| Objeto do Contrato: | | | |
| Localidade da Prestação dos Serviços: | | | |
| Valor Mensal do Contrato: | | | |
| Mês de Referência: | | | |
| Nº Nota Fiscal/Fatura: | Valor da Nota Fiscal/Fatura: | | |
| Nº de Funcionários contratados: | | | Nº de Funcionários alocados: |
| Preposto contratado: | | | |

**1.** **FUNCIONÁRIOS**

**a.** Relação do mês da prestação dos serviços:

| **Nº** | **Nome do Funcionário** | **Função** | **Dias**  **Trabalhados** | **Férias** | **Licença** | **Faltas** | **Folha de Ponto** | **Valor dos Vales**  **(em R$)** | | **Ocorrências** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Transporte** | **Refeição** |  |
| **01** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **02** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **03** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **04** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**b.** Relação do mês Anterior:

| **Nº** | **Nome do Funcionário** | **Função** | **Dias**  **Trabalhados** | **Férias** | **Licença** | **Faltas** | **Folha de Ponto** | **Valor dos Vales**  **(em R$)** | | **Ocorrências** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Transporte** | **Refeição** |  |
| **01** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **02** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**1.1. SUBSTITUIÇÕES**

**a.** Houve alguma ocorrência como atrasos, faltas, atestado médico, férias, etc. de prestadores de serviços?

( ) Não ( ) Sim

**a.1.** No caso de resposta afirmativa, a empresa foi oficiada? ( ) Sim ( ) Não

**a.2**. No caso de resposta afirmativa, preencher o quadro abaixo:

| **Nome do Funcionário** | **Nome do Substituto** | **Motivo** | **Período** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OBS**: No caso de licença médica, o quadro deverá ser preenchido de acordo com o atestado médico.

**b.** Houve faltas sem substituição? ( ) Sim ( ) Não

**b.1.** No caso de resposta afirmativa, preencher o quadro abaixo:

| **Nome do Funcionário ausente** | **Data da falta** |
| --- | --- |
|  |  |

**b.2.** No caso de resposta afirmativa, a empresa foi oficiada conforme notificação a fls. \_\_\_ dos autos.

**1.2. UNIFORMES**

**a.** Os empregados trabalharam uniformizados e/ou identificados? ( )Sim ( )Não

**b.** O Comprovante da entrega de uniformes, Equipamentos de Proteção Individual – EPIs, com a descrição de todos os itens e periodicidade de sua reposição, conforme estabelecido no Projeto Básico ou Termo de Referência e na legislação vigente foi entregue a todos os funcionários contratados (cópia anexo).

**c.** Em caso de ausência de uniforme ou falta de apresentação do comprovante de entrega, a empresa foi comunicada conforme notificação a fls. \_\_\_\_?

**2. CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS**

**a. Faturamento**: verificar Nota Fiscal/espelho, observar o teto do contrato;

**b.** **Trabalhista:**

**b1.** Conferência da folha de ponto**. Verificar:** Faltas, atrasos e horas extras devidas ou indevidas; Ficha de ocorrência; Ficha de alteração de carga horária ou função; Atestados; Folha analítica; Ficha registro; Abono desconto de faltas; Rescisão; Autorização de Horas Extras, pedido de demissão. (Cópias anexo).

**b2.** Conferência da comprovação de realização de exames médicos admissionais, periódicos e demissionais, quando de sua ocorrência (cópia anexo).

**b3.** Conferência do Pagamento dos salários, 13º salário, no prazo e com os valores adequados (Pagamento Salário, Horelite, 13º Salário Holerite e Pagamento, pagamento multa 40%, SEFIP; CAGED; Guia INSS, FGTS, DARF).

**c) Previdenciário:**

1.cópia do Resumo das Informações à Previdência Social;

2.cópia do Comprovante de Declaração das Contribuições a Recolher à Previdência Social e a Outras Entidades e Fundos FPAS (Fundo da Previdência e Assistência Social);

3. cópia do Protocolo de Envio de Arquivos;

4. Conectividade Social (GFIP);

5.cópia da Guia de Recolhimento do FGTS (GRF) e INSS (GPS) com autenticação mecânica ou acompanhada de recolhimento bancário ou o comprovante emitido quando recolhimento for efetuado pela Internet, que deverá ser coincidente com os valores contidos na documentação acima indicada.

a) Deverá ser verificada a situação de regularidade da Contratada por meio de consulta junto ao SICAF, quanto à Certidão Negativa de Débito – CND do INSS, a Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais e o Certificado de Regularidade do FGTS (CRF);

b) Deverá ser verificado se consta da nota fiscal/fatura a indicação do valor da retenção da contribuição previdenciária sobre o valor da fatura;

c) deverá ainda ser verificado se consta da nota fiscal/fatura a indicação do valor da retenção de tributos e contribuições incidentes sobre a prestação do serviço, conforme legislação vigente; bem como a indicação do valor da retenção do ISS, quando exigível, conforme legislação do município do local da prestação do serviço;

\* As exigências acima estão definidas nas cláusulas \_\_\_\_\_\_\_\_ do contrato.

**Observação:** incluir a referência das cláusulas do contrato que citam os documentos necessários para a fiscalização. Se a empresa não fornecer a documentação necessária, ela estará descumprindo o contrato. E se há punição.

**3. MATERIAL**

**3.1.** Houve fornecimento adequado do material? ( ) Sim ( ) Não

**3.1.1.** No caso de resposta negativa, a empresa foi oficiada? ( ) Sim ( ) Não

**3.1.2.** No caso de resposta negativa, qual a ocorrência?

( ) Atraso na entrega ( ) Material de má qualidade ( ) A empresa não entregou material (....) Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observação se houver: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.2.** Segue anexo a planilha de materiais que foram utilizados na execução dos serviços.

| Material/Equipamento/Acessórios | Marca | Unidade de Medida Contratada | Unidade de Medida Contratada | Ocorrências |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**4. GLOSA**

**4.1.** Houve glosa da nota fiscal/fatura de acordo com as ocorrências? ( ) Sim ( ) Não

**4.1.1.** Qual o valor da glosa? R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.1.2.** Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. VALOR DEVIDO**

**5.1.** Qual o valor devido pelos serviços prestados no mês de referência, em virtude das ocorrências? R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. RECEBIMENTO DA NOTA FISCAL**

**6.1.** Data de emissão da nota fiscal: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_\_.

**6.2.** Data de recebimento da nota fiscal na (órgão): \_\_/\_\_/20\_\_\_\_.

**6.3.** A nota fiscal está sendo encaminhada no prazo estabelecido no contrato: ( ) Sim ( ) Não. Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. CONCLUSÃO**

Considerando as informações deste relatório, os serviços prestados pela empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no mês \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, foram executados de maneira satisfatória, de acordo com o instrumento contratual, apresentando a qualidade desejada.

Porto Velho/RO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo – Matrícula Fiscal do Contrato