|  |
| --- |
| 1 - IDENTIFICAÇÃO |
| Processo Originário: Processo de Fatura:  |
| Mês/Ano da competência ou Período da Avaliação: |
| Contrato nº: Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  |
| Objeto:  |
| Empresa Contratada:  |
| Unidade Requisitante:  |
| Fiscal Administrativo I: Substituto:  |
| Fiscal Administrativo II: Substituto:  |

|  |
| --- |
| **2 - AVALIAÇÃO** |
| **Item** | **Descrição** | **AI** | **AP** | **NA** | **I** |
| **1** | **SALÁRIO** (mês da prestação do serviço) |
| O pagamento dos salários dos prestadores de serviços foi efetuado até o quinto dia útil do mês seguinte ao vencido? |  |  |  |  |
| **2** | **AUXÍLIO REFEIÇÃO/ALIMENTAÇÃO** (mês da prestação do serviço) |
| O pagamento do vale refeição/alimentação dos prestadores de serviços foi efetuado dentro do prazo? |  |  |  |  |
| **3** | **AUXÍLIO TRANSPORTE** (mês da prestação do serviço) |
| O pagamento do vale transporte dos prestadores de serviços foi efetuado dentro do prazo? |  |  |  |  |
| **4** | **OUTROS BENEFÍCIOS** (plano de saúde, benefício social etc.) |
| Os pagamentos dos demais benefícios previstos no contrato foram pagos dentro do prazo? |  |  |  |  |
| **5** | **FGTS** (mês anterior ao da prestação do serviço) |
| O recolhimento do FGTS dos prestadores de serviços foi efetuado? |  |  |  |  |
| **6** | **CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA - INSS** (mês anterior ao da prestação do serviço) |
| O recolhimento da contribuição previdenciária dos prestadores de serviços foi efetuado?  |  |  |  |  |
| **7** | **CERTIDÕES** (válidas) |
| CND/CNDT/FGTS |  |  |  |  |

**Legenda**: AI = Atendido Integralmente AP = Atendido Parcialmente NA = Não Atendido I = Inaplicável

|  |
| --- |
| **3 - OCORRÊNCIAS** (Detalhar os problemas ocorridos no caso de“Atendido Parcialmente” ou “Não Atendido”) |
|  |
| **4 - PROVIDÊNCIAS:** (Relatar as providências e anexar no processo a comprovação das providências, se houver) |
|  |
| **5 - RESULTADO:** (Informar se foram sanados os problemas do mês anterior) |
|  |