**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO DE RECEBIMENTO PROVISÓRIO**

|  |
| --- |
| **FISCALIZAÇÃO DE SERVIÇOS COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA DE MÃO DE OBRA** |
| **Contrato:** |  \_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| **Unidade Gestora:** |  |
| **Contratado:** |  |
| **Período:** |  |
| **Objeto:** |  |
| **ACOMPANHAMENTO E EXECUÇÃO DO CONTRATO** |
| 1. **Houve alguma notificação à empresa para correção de falhas?**

Sim ( ) Não ( ) |
| * 1. Caso a resposta do item anterior seja positiva, informe as ocorrências abaixo:
 |
| 1. **A empresa manteve, durante todo o mês, os mesmos empregados nos respectivos postos?**

Sim ( ) Não ( )  |
| * 1. Caso a resposta do **item anterior** seja negativa, houve a devida substituição por outros empregados?

Sim ( ) Não ( ) |
| * 1. Caso a resposta do **item anterior** seja positiva, indique o(s) nome(s) do(s) empregado(s) que fizeram a respectiva substituição no(s) posto(s).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funcionário(a) Substituto(a) | Função | Qtd. Substituições |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| * 1. Caso a resposta do **item 2.1** seja negativa, indique a quantidade de dias em que o(s) posto(s) ficaram vago(s), para o fim de glosa na fatura.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funcionário(a) Titular do Posto | Função | Qtd. de Faltas |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| 1. **O contrato possui Instrumento de Medição de Resultado – IMR?**

Sim ( ) Não ( ) |
| * 1. Se a resposta anterior for sim, com base no IMR, haverá ajuste no pagamento do contrato?

Sim ( ) Não ( ) |
| * 1. Se a resposta anterior for sim, descreva o percentual a ser pago com base no IMR?

Havendo IMR, deverá ser anexado junto com este relatório. | % |
| 1. **Considerando os itens acima fiscalizados, é possível concluir que há indícios de que a empresa tenha praticado alguma infração contratual, passível de instauração de processo administrativo para a aplicação de sanção?**

Sim ( ) Não ( )**Se houver irregularidade descrever com detalhes, citando o item do Edital ou Termo de Referência e sugerir a sanção.** |
| 1. **A contratada apesentou certidões válidas?**

Sim ( ) Não ( ) |
| * 1. Caso a resposta do item anterior seja negativa, informe as certidões vencidas abaixo:

*Constatada alguma certidão vencida, deverá o gestor do contrato notificar a contratada para que proceda com a regularização no prazo de* ***5 (cinco dias úteis****), prorrogável por igual período, não havendo a regularização, os órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal deverão ser comunicados. Certidão vencida não impede o prosseguimento da fiscalização, devendo apenas ser observada as ações que devem ser tomadas.* |
| **CONFERÊNCIA DOS VALORES PAGOS DIRETO A TRABALHADORES - MENSAL** |
| 1. **Conferência mensal – Contracheque/Remuneração.**
 |
| **ITEM** | **PAGO INTEGRALMENTE** | **PAGO PARCIALMENTE** | **NÃO PAGO** | **NÃO SE APLICA** |
| **Salário:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Insalubridade:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Periculosidade**: | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Adicional noturno**: | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Hora Extra Trabalhada** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Adicional de hora extra no feriado trabalhado:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Descanso remunerado semanal:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Intervalo para repouso ou alimentação (Intrajornada)** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Adicional de hora noturna reduzida:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Outros...** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| * 1. O Recibo de transferência bancária do pagamento mensal confere com os valores do contracheque.

Sim ( ) Não ( ) |
| Os valores dos Itens acima devem ser conferidos no contracheque e devem estar de acordo com a planilha de custos e com a CCT, ACT ou DCT?* 1. Relacionar os empregados que por ventura tenham deixado de receber algum valor devido, notificar a empresa e conceder o prazo estabelecido na CCT, ACT ou DCT entre outras previsões legais. Não sendo pago dentro do prazo, aplicar as penalidades previstas nos referidos normativos legais a favor do empregado prejudicado e as sanções cabíveis indicadas no TR. Reservado para anotações, observações:
 |
| 1. **Conferência mensal – Contracheque/Remuneração.**
 |
| **ITEM** | **PAGO INTEGRALMENTE** | **PAGO PARCIALMENTE** | **NÃO PAGO** | **NÃO SE APLICA** |
| **Vale-transporte:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Vale-refeição:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Cesta Básica:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Seguro de Vida:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Plano odontológico:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Plano de saúde:** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Outros...** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| Os valores dos Itens acima devem ser conferidos no contracheque e devem estar de acordo com a planilha de custos e com a CCT, ACT ou DCT?* 1. Relacionar os empregados que por ventura tenham deixado de receber algum valor devido, notificar a empresa e conceder o prazo estabelecido na CCT, ACT ou DCT entre outras previsões legais. Não sendo pago dentro do prazo, aplicar as penalidades previstas nos referidos normativos legais a favor do empregado prejudicado e as sanções cabíveis indicadas no TR. Reservado para anotações, observações:
 |
| 1. **Conferência mensal GFIP – Encargos Previdenciários e FGTS (devem ser cobrados do mês anterior da competência do serviço)**
 |
| A prestadora de serviço é a empresa contratada? | Sim ( ) Não ( ) | A unidade gestora é tomadora do serviço? | Sim ( ) Não ( ) | A competência está correta? | Sim ( ) Não ( ) |
| Consta o nome de todos os funcionários? | Sim ( ) Não ( ) | As Remunerações estão corretas? | Sim ( ) Não ( ) | O Valor do FGTS e INSS por funcionário confere? | Sim ( ) Não ( ) |
| O Valor total do FGTS e INSS confere com os totais da GFIP? | Sim ( ) Não ( ) | O valor total do FGTS da GFIP confere com a guia de recolhimento (GRF) | Sim ( ) Não ( ) | O valor total do INSS da GFIP confere com a guia de recolhimento (GPS) | Sim ( ) Não ( ) |
| O valor do recibo de pagamento de ambas as guias, confere? | Sim ( ) Não ( ) | Outros... | Sim ( ) Não ( ) | Outros... | Sim ( ) Não ( ) |
| Atenção para os meses em que for pago 13º Salário e Férias, esses valores devem estar registrados na GFIP. |
| 1. **Conferência do pagamento dos encargos Previdenciários e FGTS – Por Amostragem**
 |
| Foi solicitado este mês aos empregados terceirizados os extratos da conta do FGTS. | Sim ( ) Não ( ) | Se a resposta anterior for negativa, quando foi solicitado a última vez? | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| * Deve ser solicitado regularmente aos funcionários terceirizados que verifiquem se as contribuições previdenciárias e do FGTS estão sendo recolhidas em seus nomes.
* E por amostragem deve se pedir o extrato, devendo ao final de um ano ter verificado todos os funcionários.

"Os extratos do FGTS e INSS individuais, dos terceirizados que fazem parte do contrato, devem ser anexados a este relatório. Em contratos menores, os extratos de todos terceirizados, devem ser conferidos e anexados mensalmente. Em contratos maiores, ao final de 12 meses, devem ter sido conferidos e anexados os extratos de todos os terceirizados."Reservado para anotações, observações: |
| 1. **Conferência Anual- 13° Salário e Férias.**
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **PAGO INTEGRALMENTE** | **PAGO PARCIALMENTE** | **NÃO PAGO** | **NÃO SE APLICA** |
| **13° Salário- Normalmente pagos em 2 parcelas- (Novembro e Dezembro)** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **Férias e 1/3- Direito adquirido a cada 12 meses** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| * 1. Algum funcionário adquiriu o direito a férias neste mês?

Sim ( ) Não ( ) |
| * 1. Se a resposta anterior for positiva, relacione quais foram e o período de aquisição e gozo das férias:
 |
| Nome Completo | Período Aquisitivo | Período de gozo das férias |
| Início | Término | Início | Término |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Reservado para anotações, observações: |

|  |
| --- |
| **AJUSTES DO PAGAMENTO** |
| **{(100% Valor Contratado) X (% Aferido no IMR) - (Glosas)} = Valor da Fatura** |
| **Valor Mensal Contratado:****(A)** | **Aferição do IMR em %:****(B)** | **Glosas:****(C)** | **Valor a ser faturado:****(D) = (A)X(B)-(C)** |
|  |  |  |  |
| **CONCLUSÃO** |
| **( ) Na função de Fiscal do Contrato**, atesto para os devidos fins, o recebimento provisório da prestação de serviços e a atuação da CONTRATADA no que toca ao cumprimento de suas obrigações em relação ao objeto do contrato e de acordo com o Termo de referência, Edital e seus anexos o que o faço na forma do art. 117 da Lei 14.133/21, inciso I do art. 259 do Decreto Estadual nº 47.133, de 10 de março de 2023, da IN 05/2017, ANEXO VIII-A da SLTI/MPDG.**( )** Confirmo que o serviço não foi prestado e deve ser rejeitado integralmente, de acordo com os itens do Termo de Referência, Contrato e anexos. Para constar, lavro o presente termo devidamente assinado para que possa produzir seus efeitos legais. |
| **ASSINATURA** |
| **Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****[Nome do Fiscal de Contrato]** |