***CHECKLIST* TRABALHISTA, TRIBUTÁRIA E PREVIDENCIÁRIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Unidade Gestora |  |
| **DADOS GERAIS DO OBJETO** |
| Processo nº |  | Nº do Contrato |  |
| Contratada (CNPJ) |  |
| Objeto |  |
| Mês de competência |  | Quantidade de colaboradores contratados |  | NFS-e nº |  |
| **CERTIDÕES**  |
| **Conferência Mensal (devem ser cobrados e analisados do mês da competência do serviço)** |
| **Descrição** | **SIM** | **NÃO** | **NA**  | **Observação**  |
| A Certidão que comprova a regularidade perante a Fazenda Federal está válida? |  |  |  |  |
| A Certidão que comprova a regularidade perante a Fazenda Estadual está válida? |  |  |  |  |
| A Certidão que comprova a regularidade perante a Fazenda Municipal está válida? |  |  |  |  |
| A Certidão de Regularidade do FGTS está válida? |  |  |  |  |
| A Certidão de Regularidade junto aos INSS está válida? |  |  |  |  |
| A Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT) está válida? |  |  |  |  |
| **ADMISSÃO DE PESSOAL** |
| **Conferência eventual (apenas no primeiro mês e quando houver admissão de novos empregados pela contratada)** |
| **Descrição** | **SIM** | **NÃO** | **NA**  | **Observação**  |
| Foram apresentados exames médicos admissionais? |  |  |  |  |
| Foram apresentados comprovantes de qualificação profissional conforme previsto no Termo de Referência? |  |  |  |  |
| **DEMISSÃO DE PESSOAL** |
| **Conferência eventual (apenas na extinção ou rescisão do contrato)** |
| **Descrição** | **SIM** | **NÃO** | **NA**  | **Observação**  |
| Foram apresentados exames médicos demissionais? |  |  |  |  |
| Foram apresentadas guias de recolhimento da contribuição previdenciária e do FGTS, referentes às rescisões contratuais (demissão por iniciativa do empregar ou acordo)?  |  |  |  |  |
| **FREQUÊNCIA** |
| **Conferência Mensal (devem ser cobrados e analisados do mês da competência do serviço)** |
| **Descrição** | **SIM** | **NÃO** | **NA**  | **Observação**  |
| O quantitativo de colaboradores da proposta corresponde ao nº de colaboradores executores do serviço no mês em questão?  |  |  |  |  |
| Houve terceirizados em licença-maternidade? (indicar início e fim no arquivo de “Controle mensal de funcionários terceirizados”) |  |  |  |  |
| Houve terceirizados em licença-paternidade? (indicar início e fim no arquivo de “Controle mensal de funcionários terceirizados”) |  |  |  |  |
| Houve afastamento por doença? (indicar no “Controle mensal de funcionários terceirizados”) |  |  |  |  |
| Houve admissões de terceirizados? (indicar no “Controle mensal de funcionários terceirizados”) |  |  |  |  |
| Houve demissões de terceirizados? (indicar no “Controle mensal de funcionários terceirizados”) |  |  |  |  |
| Houve substituição dos empregados demitidos ou afastados? (indicar no “Controle mensal de funcionários terceirizados”) |  |  |  |  |
| Houve ausência de substituição do terceirizado? (Caso positivo, glosar valor correspondente dos pagamentos, bem como avaliar a possibilidade de sanção) |  |  |  |  |
| **REMUNERAÇÃO** |
| **Conferência Mensal (devem ser cobrados e analisados do mês da competência do serviço)** |
| A remuneração está atualizada conforme o piso da Convenção Coletiva de Trabalho – CCT ou Acordo Coletivo de Trabalho – ACT? | **SIM** |  | Os valores são os mesmos previstos em Contracheques? | **SIM** |  |
| **NÃO** |  | **NÃO** |  |
| **Item** | **Pago integral** | **Pago Parcial** | **Não Pago** | **NA** |
| 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 |  |  |  |  |
| **Obs:** Relacionar os colaboradores que porventura tenham deixado de receber algum valor devido, notificar a empresa e conceder o prazo estabelecido na CCT/ACT/DCT entre outras previsões legais. Não sendo pago dentro do prazo, informar a autoridade competente para aplicação das infrações administrativas previstas no Termo de Referência/Contrato. |
| **BENEFÍCIOS** |
| O valor dos benefícios estão de acordo com CCT/ACT e a proposta apresentada? | **SIM** |  | Conforme CCT/ACT é devido o pagamento em período de afastamento ou férias? | **SIM** |  |
| **NÃO** |  | **NÃO** |  |
| **Conferência Mensal (devem ser cobrados e analisados do mês da competência do serviço)** |
| **Item** | **Pago integral** | **Pago Parcial** | **Não Pago** | **NA** |
| Vale-transporte |  |  |  |  |
| Vale-refeição |  |  |  |  |
| Cesta Básica |  |  |  |  |
| Seguro de Vida |  |  |  |  |
| Plano odontológico |  |  |  |  |
| Plano de Saúde |  |  |  |  |
| Outros |  |  |  |  |
| **ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS E FGTS** |
| **Conferência Mensal**  |
| **Descrição** | **SIM** | **NÃO** | **NA**  | **Observação**  |
| **FGTS** |
| A Guia de Recolhimento do FGTS (GRF) e o relatório analítico foram enviados? |  |  |  |  |
| O quantitativo de funcionários corresponde ao informado na folha de pagamento? |  |  |  |  |
| O montante todas das remunerações corresponde ao informado na folha de pagamento? |  |  |  |  |
| O percentual de 8% do FGTS calculado sobre a remuneração total dos funcionários está correta? |  |  |  |  |
| O protocolo de envio está de acordo com a GRF e o Relatório Analítico da GRF? |  |  |  |  |
| Consta o comprovante de pagamento da GRF? |  |  |  |  |
| **INSS** |
| O Recibo de envio da DCTFWeb foi enviado? |  |  |  |  |
| Consta o Documento de Arrecadação de Receitas Federais (DARF) do INSS? |  |  |  |  |
| Consta o comprovante de pagamento da DARF do INSS |  |  |  |  |
| **FÉRIAS E 13º** |
| **Conferência Anual** |
| **Item** | **Pago integral** | **Pago Parcial** | **Não Pago** | **NA** |
| 13º Salário foi normalmente pago em 2 parcelas (até 30/11 e 20/12)? |  |  |  |  |
| Competência 13 da SEFIP foi apresentada quando do pagamento do 13º (Vencimento 20/12)? |  |  |  |  |
| Férias e 1/3 foi pago (direito adquirido a cada 12 meses)? |  |  |  |  |
| Foi encaminhada a Relação Anual de Informações Sociais - RAIS? | **SIM** |  | **NÃO** |  |
| **Conferência Mensal** |
| Algum funcionário adquiriu o direito a férias neste mês? | **SIM** |  | **NÃO** |  |
| 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 de ferias |
| Início | Término | Início | Término |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RESSALVAS/OBSERVAÇÕES** |
|  |

NA: não se aplica

Manaus, de de 20 .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  .(Cargo e assinatura do fiscal ou membro da comissão designada) |  .(Cargo e assinatura do fiscal ou membro da comissão designada) |  .(Cargo e assinatura do fiscal ou membro da comissão designada) |