***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) |