**CONTROLE MENSAL DE FUNCIONÁRIOS TERCEIRIZADOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Contrato nº:** | **Contratada:** |
| **Objeto:** | **CNPJ:** |
| **Competência:** mês/ano | **Quantidade de Colaboradores:** |
| **Nome completo** | **RG** | **CPF** | **Função** | **Dias Trabalhados** | **Faltas (nº)** | **Horário de trabalho** | **Remuneração (R$)** | **Valor dos vales****(R$)** |
| **Inicio** | **Término** | **Transporte** | **Refeição** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Licenças/Afastamentos** | **Admissões no mês** | **Demissões no mês** | **Substituição no mês** |
| Informar os nomes completos dos colaboradores e datas das licenças | Informar os nomes completos  | Informar os nomes completos  | Informar os nomes completos  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Assinatura do fiscal do contrato: | Assinatura do preposto da empresa |
|  |  |
| Data: / ./ . | Data: / ./ . |