|  |
| --- |
| 1 - IDENTIFICAÇÃO |
| Unidade Organizacional: |
| Mês/ano Avaliação: |

|  |
| --- |
| **2 - AVALIAÇÃO** |
| **Item** | **Descrição dos itens** | **ZELADOR** | **ASCENSORISTA** | **RECEPÇÃO** | **LIMPEZA** |
| **1** | **SERVIÇOS TERCEIRIZADOS** |
| 1.1 | Quantidade de prestadores de serviço |  |  |  |  |
| 1.2 | Todos com crachá e em bom estado? |  |  |  |  |
| 1.3 | Todos com uniforme completo e em bom estado? |  |  |  |  |
| 1.4 | Maleta Completa? (Zelador) |  |  |  |  |
| 1.5 | Salário pago em dia? |  |  |  |  |
| 1.6 | Vale Transporte pago em dia? |  |  |  |  |
| 1.7 | Vale Refeição/alimentação pago em dia? |  |  |  |  |
| 1.8 | Há reclamação quanto aos serviços ou comportamentos dos colaboradores, inclusive quanto ao uso de EPI quando necessários? |  |  |  |  |
| 1.9 | Uso e conservação dos equipamentos? |  |  |  |  |
| 1.10 | Uso e conservação dos EPI? |  |  |  |  |
| 1.11 | Atuação dos encarregados ou dos supervisores é satisfatória? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Item** | **Descrição dos itens** | **SIM** | **NÃO** | **OBSERVAÇÕES** |
| **2** | **CONSERVAÇÃO E LIMPEZA PREDIAL** |
| 2.1 | Serviços executados: área internas e externas? |  |  |  |
| 2.2 | Serviço de jardinagem em dia? |  |  |  |
| 2.3 | Foi relatado ou constatado algum problema nas áreas verdes? |  |  |  |
| 2.4 | Qualidade do serviço é satisfatória? |  |  |  |
| 2.5 | O jardineiro ou auxiliar utiliza EPI adequadamente? |  |  |  |
| 2.6 | Há problemas com uso dos equipamentos ou de transporte deles? |  |  |  |
| 2.7 | Dedetização regular? |  |  |  |
| 2.8 | Necessidade de reforço? |  |  |  |
| 2.9 | Quantidade de material fornecido atende à demanda dos serviços?  |  |  |  |
| 3.0 | Qualidade dos materiais fornecidos atende as especificações técnicas? |  |  |  |
| **Item** | **Prestador de Serviços****(Lista Nominal)** | **Cargo****(Função)** | **Ocorrências****(Faltas, Licenças, Cobertura)** | **Dias Não Trabalhados** |
| **3** | **RELAÇÃO MENSAL DE IDENTIFICAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS**  |
| 3.1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |   |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| As unidades organizacionais devem informar os nomes dos colaboradores de limpeza, **suas respectivas funções/cargos, inclusive ASG que recebe adicional de insalubridade, encarregados e auxiliares de jardinagem,** onde houver.Caso haja falta de algum desses colaboradores, seja por motivo de férias, licenças, faltas e/ou outros impedimentos **sem a devida cobertura**, devem indicar ao lado do nome, o motivo, período e a expressão **“sem cobertura”**.Se houver cobertura, logo abaixo do nome do colaborador faltante, devem indicar o nome da cobertura e o respectivo período. |
| **Item** | **Descrição dos itens** | **SIM** | **NÃO** | **OBSERVAÇÕES** |
| 4 | **DEMAIS INFORMAÇÕES** |
| 4.1 | Os juízes da comarca foram informados quanto aos dados fornecidos neste BCC? |  |  |  |
| 4.2 | Houve anuência?  |  |  |  |
|  |  |

**Observações:**

* Não deixar campo em branco. Caso algum item não se aplique ao contrato analisado, preencher (Inaplicável).
* A verificação item a item da tabela acima ocorrerá de acordo com os seus respectivos anexos.

|  |
| --- |
| **3 – OUTRAS OBSERVAÇÕES (SE HOUVER)** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Responsável** (Nome e matrícula)   | **Data** |
|  |