**OBJETO**

1. Este documento discrimina os documentos obrigatórios que deverão ser entregues pela CONTRATADA a CONTRATANTE, quando solicitados e em conformidade com as especificidades e periodicidade constante no Quadro abaixo, e definições estabelecidas no CONTRATO:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Documentos** | | | **Periodicidade** | **Especificidade** | **Dimensão** |
| CIPA - Comissão  Interna de Prevenção de  Acidentes - Ata de  Reunião Mensal | | | MENSAL | Ata de reunião mensal da Comissão Interna de  Prevenção de Acidentes - NR-5 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. | Segurança |
| Comprovante de Controle de frequência (cartão de ponto, folha de presença, livro de  ponto) | | | MENSAL | Cartão de ponto, folha de presença ou livro de ponto. | Trabalhista |
| Comprovante de pagamento seguro vida | | | MENSAL | O documento deverá estar com o comprovante de quitação. | Trabalhista |
| Comprovante de pagamento de empregado. (Comprovante bancário, ou folha de Pagamento de salários ou  Contracheque) | | | MENSAL | Deve conter nome do empregado, CPF e valor pago. | Trabalhista |
| GFIP | | | MENSAL | Guia de recolhimento do FGTS e informações da Previdência Social Relativo ao mês anterior | Previdenciário |
| Recolhimento GPS+R33 | da | | MENSAL | O documento deverá estar com o comprovante de quitação. | Previdenciário |
| Relação  Empregados. | de | | MENSAL | Deve ser em papel timbrado com a relação nominal dos empregados que trabalharão durante o mês, indicando nomes, cargos/função, CPF e número da CTPS. | Trabalhista |
| Relação  Segurados  Seguro Cont  Acidente | | de  - rat | MENSAL | Deve conter as seguintes informações: nome completo do segurado, documento de identificação, valores do capital segurado e do prêmio mensal de cada um. | Trabalhista |
| SEFIP | | | MENSAL | Deve ser apresentada a relação dos trabalhadores constantes no arquivo SEFIP. Aplicativo (informatizado) do Sistema Empresa para Recolhimento do FGTS (gera a GFIP). | Previdenciário |
| CND Trabalhista | | | MENSAL |  | Trabalhista |
| Comprovante de Pagamento do  Plano de Saúde | | | MENSAL |  | Trabalhista |
| Documento de Arrecadação de  Receitas Federais - Guia de  Recolhimento Bruto | | | MENSAL |  | Previdenciário |
| GRF-Guia de  Recolhimento do FGTS | | | MENSAL |  | Previdenciário |
| Quadro de Horário de  Trabalho | | | MENSAL |  | Trabalhista |
| Relação dos Empregados do  Plano de Saúde | | | MENSAL |  | Trabalhista |
| Relatório Mensal de Acidentes do Trabalho e Horas Trabalhadas no  Mês | | | MENSAL |  | Trabalhista |
| Certidão de  Tributos  Estaduais | | | MENSAL |  | Previdenciário |
| CND - Tributos e Contribuições  Federais e Dívida  Ativa da União | | | MENSAL |  | Previdenciário |
| CRF - Certificado de Regularidade do FGTS | | | MENSAL |  | Previdenciário |
| Apólice de Seguro Contra Acidente | | | ANUAL | Deverá atender a especificações contratuais | Trabalhista |
| ASO - Atestado de Saúde Ocupacional | | | ANUAL | Atestado de Saúde Ocupacional – Admissional. Deverá ser evidenciado a articulação do PCMSO, PPRA e ASO - Os exames médicos deverão estar em acordo com os riscos identificados no PCMSO. |  |
| CIPA - Comissão  Interna de Prevenção de  Acidentes,  constituição –  Dossiê | | | ANUAL | Ata de reunião mensal da Comissão Interna de  Prevenção de Acidentes - NR-5 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. | Segurança |
| Comprovante (Ata) de discussão do PPRA em reunião da CIPA | | | ANUAL | O relatório anual deverá ser apresentado e discutido na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR 5. | Segurança |
| Comprovante de pagamento do 13º  Salário | | | ANUAL | Apresentar sempre no mês de janeiro. | Trabalhista |
| CTPS (atualização) - Por amostragem | | | ANUAL | Exigir das contratadas sempre no mês posterior ao acordo coletivo da categoria (normalmente abril, maio) ou no mês posterior ao ajuste do salário mínimo (janeiro, fevereiro). Entregar cópia legível e documento original para fins de autenticação ou documento. | Trabalhista |
| PCMSO- Programa de Controle Médico e Saúde  Ocupacional | | | ANUAL | O Programa de Controle Médico e Saúde  Ocupacional deve ser assinado pelo médico do Trabalho ou empresa responsável especializada - A contratada deve entregar original em papel timbrado. | Segurança |
| Plano  Segurança  Trabalho | | de no | ANUAL | O documento deverá ser elaborado em papel timbrado conforme estabelecido no contrato. | Segurança |