SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA SEXTA REGIÃO
CREFITO – 6

Ficha mensal de fiscalização

Postos dos itens 02 a 09 | Preencher uma ficha por item e unidade

Contrato _____ Mês/ano _____ Item _____ Nº de postos _____

Unidade _____ Fiscal _____

Marque C para conforme, NC para não conforme ou N/A para não aplicável. Na tabela de funções, preencha a linha do item avaliado. Registre o motivo de NC ou N/A no campo de ocorrências.

Verificações comuns	Resultado	Referência da evidência
Os postos cobriram o horário previsto, inclusive com substituição quando necessária.		
A equipe usou crachá, uniforme e EPI conforme as exigências aplicáveis do TR.		

Verificação da função

Item e critério a conferir	Resultado	Referência da evidência
02 Atendimento. As solicitações conferidas foram registradas, orientadas ou encaminhadas ao setor competente.		
03 Supervisão. Os controles de prazos e pendências foram atualizados e os registros de acompanhamento foram entregues.		
04 Apoio financeiro. Os documentos e controles da amostra foram conferidos e preparados para validação do setor competente.		
05 Apoio à gestão. Os expedientes e prazos da amostra foram registrados, atualizados e encaminhados conforme o fluxo definido.		
06 Consultoria técnica. Os estudos, relatórios ou minutas solicitados foram entregues e submetidos à validação do Conselho.		
07 Segurança da informação. Há registro das rotinas de backup, das verificações programadas e do encaminhamento de incidentes identificados.		
08 Análise de processos. Os fluxos, relatórios ou conferências solicitados foram entregues com registro das pendências encontradas.		
09 Comunicação. As peças ou relatórios solicitados seguiram as orientações da demanda e foram entregues no prazo para validação.		

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA SEXTA REGIÃO
CREFITO – 6

Ocorrências e apuração

Data, fato, evidência, providência, prazo e manifestação do preposto. Anexe registro complementar se necessário.

_____

Horas previstas _____ Horas descobertas _____ Base bruta A R$ _____

Dedução B R$ _____ Dedução C R$ _____ Valor medido R$ _____

Data ____/____/_____ Assinatura do fiscal _____

Comunicação ao preposto em ____/____/_____ Referência _____