MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO RIO SOLIMÕES

ANEXO D

CHECK-LIST DE VERIFICAÇÃO DE CONFORMIDADE DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

Município: _____

Comunidade / Local: _____

Estrutura: _____

Nº da Ordem de Serviço: _____

Ocorrências **Indicador Nº 01- Qualidade da prestação do serviço**	**Pontos**	**Ocorrência**	**Qtd de Ocorrências***	**Total**
Serviços e chamados não realizados dentro do cronograma ou dos prazos determinados no Termo de Referência	0,50			
Término da manutenção corretiva fora do prazo de 24 horas, conforme TR	1,00			
Serviço executado em desacordo ou não atendendo as especificações do TR, deixando de atender a finalidade de deixar o equipamento em pleno funcionamento	1,00			
Indicador Nº 02 - Sustentabilidade e Limpeza	**Pontos**	**Ocorrência**	**Qtd de Ocorrências***	**Total**
Não cumprimento das normas de sustentabilidade e aos requisitos de sustentabilidade previstos no TR	0,25			
Limpeza do local de trabalho, durante e após a execução das manutenções	0,50			
Total de Pontos				

* Descrição sucinta da(s) ocorrência(s):

Data:_____/_____/_____

_____
Fiscal do Contrato/Representante