PLANILHA DE AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES DE SERVIÇOS

SULCATARINENSE

Responsável pelo Preenchimento: _____ **Setor:** ☐ **Industrial** ☐ **Obra:** _____

Data de Preenchimento:

AVALIAÇÃO: 5-EXCELENTE 4-ÓTIMO 3-BOM 2-REGULAR 1-RUIM 0-PÉSSIMO

Razão Social	Telefone	Contato	Tipo de Serviço	AVALIAÇÃO				Resultado da Qualificação	Data da Avaliação
				Prazo	Qualidade	Preço	Média Final		
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	
							#DIV/0!	#DIV/0!	