



MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIVISÃO DE GESTÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DE RONDONIA

Av. Campos Sales, 2645 – Centro – CEP: 76801-119 – Porto Velho/RO.

Tel. (69) 3216-6173/3216-6167 – Fax: (69) 3216-6170 – E-mail: segad-ro@saude.gov.br

ANEXO III

MODELO DO ACORDO DE NÍVEIS DE SERVIÇO

Todas as ocorrências serão registradas pela CONTRANTE, que notificará a CONTRATADA, atribuindo pontos para as ocorrências segundo a tabela abaixo:

Item	Ocorrências	Pontos
1	Não atendimento do telefone fornecido pela CONTRATADA para os contatos e registro das ocorrências. As ocorrências serão gotejadas diariamente até o limite de não comunicação de 5 dias. (seja por telefone, fax, email).	0,2
2	Conduta desrespeitosa de funcionário da Contratada conforme descrito no termo de referência, as ocorrências serão gotejadas diariamente.	0,3
3	Veículo em desconformidade com presente Termo de Referência e reunião para ajuste do ANS, a exemplo, sujo, sem a devida identificação ou com odores fortes. As ocorrências serão gotejadas diariamente	0,3
4	Funcionário da Contratada estiver em serviço desprovido de uniformes, descritos no item 7, as ocorrências serão gotejadas diariamente	0,3
5	Funcionário da Contratada sem crachá com identificação. Será gotejada diariamente.	0,2
6	Cobrança por serviços não prestados. Analisado mensalmente.	1,3
7	Cobrança fora do prazo estabelecido no termo de referência. Analisado mensalmente.	0,5
8	Cobrança de valores em desacordo com o contrato. Analisado mensalmente	0,6
9	Não apresentar corretamente a Nota Fiscal dos serviços prestados no mês, tanto em papel quanto em arquivo eletrônico, incluindo detalhamento das chamadas e valor total do serviço, que deverão conter todos os tributos, encargos e descontos, conforme preços contratados no processo licitatório. Analisado mensalmente	0,4
10	Atraso de 5 dias, após decorrido o tempo hábil (10 dias – conforme Termo de Referência) na habilitação e ativação dos serviços. O valor da pontuação deverá ser acrescido 0,3 (ponto) a cada 12 (doze) horas de atraso. Análise diária.	0,6
11	Atraso de prazo superior a 5 dias no pagamento de salários de seus funcionários que prestam serviço ao NEMS-RO. Na hipótese de ocorrência repetidas no período de 3 meses consecutivos ou 5 meses intercalados será acrescido o valor de 1,0 (um) ponto e aplicação de multa correspondente. Analisado mensalmente.	0,6
12	Atraso de 24h na prestação de informações e esclarecimentos solicitados pela CONTRANTE. O valor da pontuação deverá ser acrescido a cada 24 (vinte e quatro) horas de atraso. Respeitando o limite de 3,5. Análise diária.	0,4
13	Na hipótese de não pagamento em dia das verbas trabalhistas dos empregados postos a disposição da Contratante, quando notificado a pagar pela CONTRATADA, retardar ou utilizar-se de meio protelatório para efetuar o pagamento. Nessa hipótese, a CONTRATADA, reserva-se ao direito de descontar da fatura do mês e/ou meses seguinte (se necessário) os valores para pagamento de tais verbas.	1,6
15	Atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 20. (vinte) dias	1,1



MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIVISÃO DE GESTÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DE RONDONIA

Av. Campos Sales, 2645 – Centro – CEP: 76801-119 – Porto Velho/RO.

Tel. (69) 3216-6173/3216-6167 – Fax: (69) 3216-6170 – E-mail: segad-ro@saude.gov.br

16	Inexecução total do objeto no período de 24h. Será acrescido 0,3 a cada 24h de não execução do contrato até a pontuação de 3,5.	2,3
17	Sonegação fiscal.	3,5
18	Sonegação de verbas trabalhistas e/ou previdenciárias	3,5

Pontuação	Sanção
0,2 a 1,0 (um) ponto	Advertência
1,1 a 1,8 pontos	Multa correspondente a 2% do valor faturado do mês de aplicação dessa sanção
1,9 a 2,6 pontos	Multa correspondente a 8% do valor faturado do mês de aplicação dessa sanção
2,7 a 3,4 pontos	Multa correspondente a 12% do valor faturado do mês de aplicação dessa sanção
3,5 ou superior	Rescisão unilateral de contrato.

ANEXO IV

MODELO DE REQUISIÇÃO DE TRANSPORTE

MS CGRL/SETRA	REQUISIÇÃO DE TRANSPORTE Nº _____	DATA _/_/
Serviço a ser solicitado	Nome do Usuário a ser transportado	
	Carnê e Assinatura da requerente credenciada	
Código	Km rodado	
	SAÍDA	
	Hora	Hodômetro
	CHEGADA	
	Hora	Hodômetro
Assinatura do Usuário	Chefe do Serviço de Administração de Transporte	
Veículo / Tipo	Paga	
Nome do Motorista	Assinatura do Motorista	



MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIVISÃO DE GESTÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DE RONDONIA

Av. Campos Sales, 2645 – Centro – CEP: 76801-119 – Porto Velho/RO.

Tel. (69) 3216-6173/3216-6167 – Fax: (69) 3216-6170 – E-mail: segad-ro@saude.gov.br

ANEXO V

PLANILHA DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

(Conformidade com a IN – MPOG nº 06/2013)

Item da Planilha	Percentual (%)	Valor (R\$)
1. Custos Fixos do Veículo		
1.1. Depreciação do veículo		
1.2. Seguro Obrigatório		
1.3. Seguro Total		
1.4. Despesas com Licenças		
1.5. IPVA		
1.6. Outros (a especificar)		
1.7. Custo Fixo Mensal		
1.8. Custo Fixo Anual		
2. Custo Variáveis do Veículo		
2.1. Combustível		
2.2. Manutenção		
2.3. Peças e componentes		
2.4. Pneus/Câmaras		
2.5. Lubrificantes		
2.6. Lavagem		
2.7. Outros (a especificar)		
2.8. Custo Variáveis Mensal		
2.9. Custo Variáveis Anual		
3. Custo do Veículo		
3.1. Custo Mensal do Veículo (1.7 + 2.8)		
3.2. Custo Anual do Veículo (1.8 + 2.9)		
4. Custo do Condutor		
4.1. Salário motorista		
4.2. Encargos Sociais e Trabalhistas		
4.3. Diárias p/ Motoristas (veículos Tipo II)		
4.4. Custo Mensal do Condutor		
4.5. Custo Anual do Condutor		
5. Insumos em Geral		



MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIVISÃO DE GESTÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DE RONDONIA

Av. Campos Sales, 2645 – Centro – CEP: 76801-119 – Porto Velho/RO.

Tel. (69) 3216-6173/3216-6167 – Fax: (69) 3216-6170 – E-mail: segad-ro@saude.gov.br

5.1. Uniforme/equipamentos		
5.2. Auxílio Alimentação (vales, cesta básica etc.)		
5.3. Vale Transporte		
5.4. Assistência Médica		
5.5. Treinamentos/Capacitação/Reciclagem		
5.6. Outros (a especificar)		
5.7. Insumos Mensal		
5.8. Insumos Anual		
6. Custos Diretos		
6.1. Custos Diretos Mensal (3.1+4.4+5.7)		
6.2. Custos Diretos Anual (3.2+4.5+5.8)		
7. Custos Indiretos		
7.1. Despesas Operacionais/Administrativas		
7.2. Tributos		
7.3. Outros (a especificar)		
7.4. Custos Indiretos Mensal		
7.5. Custos Indiretos anual		
8. Lucro		
8.1. Lucro Mensal		
8.2. Lucro Anual		
9. TOTAL		
9.1. Mensal (6.1+7.4+8.1)		
9.2. Anual (6.2+7.5+8.2)		
9.3. Franquia Mensal por Veículo (item 9.1 ÷ quilometragem estimada mensal de cada categoria)		
9.4. Franquia Anual por Veículo (item 9.3 x 12 meses)		
10. Valor do Quilometro excedente (Custo Variável + Lucro ÷ quilometragem da franquia de cada categoria). R\$.....		

Declaramos:

1 - Que os preços contidos na proposta, conforme planilhas anexas incluem todos os custos e despesas, tais como custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, materiais.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIVISÃO DE GESTÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DE RONDONIA

Av. Campos Sales, 2645 – Centro – CEP: 76801-119 – Porto Velho/RO.

Tel. (69) 3216-6173/3216-6167 – Fax: (69) 3216-6170 – E-mail: segad-ro@saude.gov.br

encargos sociais e trabalhistas, seguros, transporte, lucro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto a ser contratado.

2 - Prazo de validade desta proposta: 60 dias.

ANEXO V - A

PLANILHA DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS

(Redação dada pela retificação publicada no Diário Oficial da União do dia 23 de maio de 2008, Seção 1, página 127)

Nota: essa planilha deverá ser adaptada às características do serviço contratado, no que couber.

	Nº Processo	
	Licitação Nº	

Dia ___/___/___ às ___:___ horas

Discriminação dos Serviços (dados referentes à contratação)

A	Data de apresentação da proposta (dia/mês/ano)	
B	Município/UF	
C	Ano Acordo, Convenção ou Sentença Normativa em Dissídio Coletivo	
D	Tipo de serviço	
E	Unidade de medida	
F	Quantidade (<i>total</i>) a contratar (em função da unidade de medida)	
G	Nº de meses de execução contratual	

Anexo V-B – Mão-de-obra

Módulo de Mão-de-obra vinculada à execução contratual

Unidade de medida – tipos e quantidades

1	Tipo de serviço (mesmo serviço com características distintas)	Quantidade
---	---	------------



MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIVISÃO DE GESTÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DE RONDONIA

Av. Campos Sales, 2645 – Centro – CEP: 76801-119 – Porto Velho/RO.

Tel. (69) 3216-6173/3216-6167 – Fax: (69) 3216-6170 – E-mail: segad-ro@saude.gov.br

-		
-		

Dados complementares para composição dos custos referente à mão-de-obra

2	Salário mínimo oficial vigente	
3	Categoria profissional (vinculada à execução contratual)	
4	Data base da categoria (dia/mês/ano)	

Nota: Deverão ser informados os valores unitários por empregado.

I	Remuneração	%	Valor (R\$)
A	Salário		
B	Adicional Noturno		
C	Adicional Periculosidade		
D	Adicional Insalubridade		
E	Outros (especificar)		
	Total de Remuneração		

III	Insumos de Mão-de-obra(*)	Valor (R\$)
A	Transporte	
B	Auxílio alimentação (Vales, cesta básica etc.)	
C	Uniformes/equipamentos	
D	Assistência médica	
E	Seguro de vida	
F	Treinamento/Capacitação/ Reciclagem	
G	Auxílio funeral	
H	Outros (especificar)	
	Total de Insumos de Mão-de-obra	



MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIVISÃO DE GESTÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DE RONDONIA

Av. Campos Sales, 2645 – Centro – CEP: 76801-119 – Porto Velho/RO.

Tel. (69) 3216-6173/3216-6167 – Fax: (69) 3216-6170 – E-mail: segad-ro@saude.gov.br

Nota (): o valor informado deverá ser o custo real do insumo (descontado o valor eventualmente pago pelo empregado).*

Anexo V - C

Quadro com Detalhamento de Encargos Sociais e Trabalhistas

Nota: (1) Esta tabela poderá ser adaptada às características do serviço contratado, inclusive adaptar rubricas e suas respectivas provisões e ou estimativas, desde que devidamente justificado.

(2) As provisões constantes desta planilha poderão não ser necessárias em determinados serviços que não necessitem da dedicação exclusiva dos trabalhadores da contratada para com a Administração.

Grupo "A":

- 01 - INSS (____%)R\$
- 02 - Sesi ou Sesc (____%)R\$
- 03 - SENAI ou SENAC (____%)R\$
- 04 - INCRA (____%)R\$
- 05 - salário educação (____%)R\$
- 06 - FGTS (____%)R\$
- 07 - seguro acidente do trabalho (____%)R\$
- 08 - SEBRAE (____%)R\$

Grupo "B":

- 09 - férias (____%)R\$
- 10 - auxílio doença (____%)R\$
- 11 - licença maternidade (____%)R\$
- 12 - licença paternidade (____%)R\$
- 13 - faltas legais (____%)R\$
- 14 - acidente de trabalho (____%)R\$
- 15 - aviso prévio (____%)R\$
- 16 - 13º salário (____%)R\$

Grupo "C"

- 17 - aviso prévio indenizado (____%)R\$
- 18 - indenização adicional (____%)R\$
- 19 - indenização (rescisões sem justa causa) (____%)R\$



MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIVISÃO DE GESTÃO DO NÚCLEO ESTADUAL DE RONDONIA

Av. Campos Sales, 2645 – Centro – CEP: 76801-119 – Porto Velho/RO.

Tel. (69) 3216-6173/3216-6167 – Fax: (69) 3216-6170 – E-mail: segad-ro@saude.gov.br

Grupo "D":

20 - incidência dos encargos do grupo "A"

sobre os itens do grupo "B" (____%)R\$

VALOR DOS ENCARGOS SOCIAIS -

R\$ _____, ____ (_____) (____%)

VALOR DA MÃO-DE-OBRA (Remuneração + Reserva Técnica + Encargos Sociais):

R\$ _____, ____ (____).

ANEXO VI

PLANILHA DE RESUMO DE PREÇOS

FRANQUIA MENSAL / KM	PREÇO UNITÁRIO KM	Quantidade de Veículos	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL			
Categoria I 400 Km	R\$	2	R\$	R\$			
Categoria II 1.500 Km	R\$	2	R\$	R\$			R\$
VALOR GERAL			R\$	R\$			