

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO DNIT NO ESTADO DO TOCANTINS

TERMO DE REFERÊNCIA Nº 14/2026

ANEXO IV – MODELO DE ORDEM DE SERVIÇO (OS)

ORDEM DE SERVIÇO Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Processo Administrativo nº 50623.000480/2026-05

Contrato nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Contratada: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Preposto da Contratada: \_\_\_\_\_

Telefone/E-mail do Preposto: \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA**

1.1. Tipo de Ordem de Serviço:

( ) Implantação inicial

( ) Instalação complementar

( ) Remanejamento de equipamento

( ) Substituição de equipamento

( ) Retirada/desinstalação

( ) Manutenção extraordinária

( ) Outro: \_\_\_\_\_

1.2. Data da emissão da OS: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1.3. Unidade demandante: \_\_\_\_\_

1.4. Responsável pela solicitação: \_\_\_\_\_

1.5. Cargo/Função: \_\_\_\_\_

1.6. Telefone/E-mail: \_\_\_\_\_

**2. LOCAL DE ATENDIMENTO**

2.1. Município/UF: \_\_\_\_\_

2.2. Unidade/Setor: \_\_\_\_\_

2.3. Endereço completo: \_\_\_\_\_

2.4. Responsável local pelo acompanhamento: \_\_\_\_\_

2.5. Telefone/E-mail do responsável local: \_\_\_\_\_

### **3. OBJETO DA ORDEM DE SERVIÇO**

3.1. Descrição resumida da demanda:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2. Quantidade de equipamentos envolvidos: \_\_\_\_\_

3.3. Perfil do(s) equipamento(s):

( ) Policromático A3

( ) Policromático A4 acima de 40 ppm

( ) Outro perfil autorizado: \_\_\_\_\_

3.4. Identificação do(s) equipamento(s), quando aplicável:

Patrimônio/controlado interno: \_\_\_\_\_

Marca/modelo: \_\_\_\_\_

Número de série: \_\_\_\_\_

Situação atual: \_\_\_\_\_

### **4. PRAZOS APLICÁVEIS**

4.1. Prazo máximo para início de atendimento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.2. Prazo máximo para solução/conclusão:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.3. Data/hora limite para início do atendimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ h

4.4. Data/hora limite para solução/conclusão:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ h

### **5. ESPECIFICAÇÃO DETALHADA DA DEMANDA**

5.1. No caso de implantação/instalação:

( ) Entrega do equipamento

( ) Instalação física

( ) Configuração lógica

( ) Teste de funcionamento

( ) Integração com rede

( ) Treinamento inicial

( ) Liberação para uso

Observações:

---

---

5.2. No caso de remanejamento:

Origem: \_\_\_\_\_

Destino: \_\_\_\_\_

Condição do equipamento na origem: \_\_\_\_\_

Necessidade de reconfiguração: ( ) Sim ( ) Não

Observações:

---

---

5.3. No caso de substituição:

Motivo da substituição: \_\_\_\_\_

( ) Falha grave

( ) Defeito recorrente

( ) Baixa disponibilidade

( ) Inviabilidade técnica de reparo

( ) Outro: \_\_\_\_\_

Equipamento substituto disponibilizado:

Marca/modelo: \_\_\_\_\_

Número de série: \_\_\_\_\_

Observações:

---

5.4. No caso de retirada/desinstalação:

Motivo: \_\_\_\_\_

Encerramento contratual

Remanejamento definitivo

Substituição

Desativação de posto

Outro: \_\_\_\_\_

Destino do equipamento retirado: \_\_\_\_\_

Observações:

---

5.5. No caso de manutenção extraordinária:

Descrição do problema relatado:

---

---

Data/hora da ocorrência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ h

Impacto operacional:

Sem paralisação

Parcial

Total

Observações:

---

## **6. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO / VERIFICAÇÃO PELA FISCALIZAÇÃO**

6.1. Itens a serem verificados pela fiscalização:

Compatibilidade do equipamento com o perfil solicitado

Entrega no local indicado

Instalação física adequada

Configuração concluída

Teste funcional realizado

- ( ) Equipamento em operação
- ( ) Substituição concluída no prazo
- ( ) Retirada/desinstalação concluída
- ( ) Demanda integralmente atendida
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

6.2. Documentos/evidências que deverão acompanhar a execução desta OS:

- ( ) Relatório técnico
- ( ) Checklist de instalação/inspeção
- ( ) Registro fotográfico, quando aplicável
- ( ) Registro do chamado técnico
- ( ) Identificação do equipamento instalado/substituído
- ( ) Comprovante de retirada/desinstalação
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

## **7. REGISTRO DA EXECUÇÃO PELA CONTRATADA**

7.1. Data/hora de início do atendimento:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h

7.2. Data/hora da conclusão da demanda:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h

7.3. Descrição da execução realizada:

---

---

---

7.4. Pendências remanescentes:

- ( ) Não
- ( ) Sim. Descrever:

---

---

7.5. Nome do responsável técnico da contratada:

---

7.6. Assinatura/identificação:

---

## 8. ATESTE DA FISCALIZAÇÃO

8.1. Resultado da verificação:

Demanda atendida integralmente

Demanda atendida parcialmente

Demanda não atendida

Demanda atendida com ressalvas

8.2. Observações da fiscalização:

---

---

---

8.3. Houve descumprimento de prazo?

Não

Sim, quanto ao início do atendimento

Sim, quanto à solução/conclusão

Sim, quanto a ambos

8.4. Há repercussão para IMR/glosa?

Não

Sim. Indicar:

---

8.5. Fiscal responsável:

---

8.6. Cargo/Função:

---

8.7. Data do ateste:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8.8. Assinatura:

---

9. CIÊNCIA DA CONTRATADA

Declara a contratada ter ciência do conteúdo desta Ordem de Serviço e das obrigações dela decorrentes.

Nome do preposto: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura:

---