

SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



MODELO 1

APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DE PREÇOS

À Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins

Ref.: EDITAL N.º/.....

Apresentamos a Vossa Senhoria a nossa Proposta de Preços, detalhada nos documentos anexos, para execução da obra de que trata a n.º, conforme especificações técnicas constantes no respectivo Edital.

Declaramos expressamente que:

- Executaremos as obras e os serviços pelo preço total de R\$..... (preço por extenso), conforme planilha anexa, tomando por base o mês de (mês de referência dos preços que será o da realização da licitação);
- Concordamos integralmente e sem qualquer restrição, com as condições da referida licitação, expressas no Edital e anexos.
- Temos pleno conhecimento do local onde serão executadas as obras e os serviços, objeto desta licitação, para o fiel cumprimento das condições de garantia que oferecemos;
- Serão de nossa responsabilidade todos os custos relativos à execução do objeto desta licitação, inclusive as obrigações e encargos trabalhistas com o pessoal;
- Manteremos válidas e imutáveis todas as condições desta proposta pelo prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua apresentação;
- Comprometemo-nos a não transferir e nem negociar os créditos decorrentes do contrato;
- Declaramos ainda, que recebemos os documentos relativos a esta licitação e de que temos ciência do inteiro teor do seu conteúdo e condições;
- Declaramos que estamos de acordo com o prazo de execução, contados a partir da data de emissão da Ordem de Serviço.
- Se vencedora, forneceremos, no recebimento da Ordem de Serviço, relação de todo pessoal técnico adequado, acompanhada de declaração individual de disponibilidade para a realização do objeto deste edital, bem como a relação, se necessário, de todas as máquinas, equipamentos e demais ferramentas para uso na execução da obra, como também a apresentação da ART de registro do contrato no CREA/CAU.

Esclarecemos finalmente, que o nosso representante credenciado está autorizado e habilitado a prestar a essa Comissão de Licitação os esclarecimentos e informações adicionais que forem considerados necessários.

Os dados da nossa empresa são:

Razão Social: _____;
CNPJ N.º: _____;
Inscrição Estadual N.º: _____;
Endereço: _____;
CEP: _____;
Cidade: _____;

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4300

www.to.gov.br/saude/



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



Estado: _____ ;
Fone: _____ ;
Fax (se houver): _____ ;
E-mail: _____ .
Local e data

Assinatura e carimbo (do representante legal)

*Observação: emitir em papel que identifique o licitante.

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4300

www.to.gov.br/saude/



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



MODELO 2

MODELO DE PLANILHA ORÇAMENTÁRIA – ORÇAMENTO BASE

PLANILHA-MODELO: PROPOSTA DE PREÇO (orçamento base)						
(timbre/logo da empresa)						
(objeto do Edital)						
EMPRESA: (nome da empresa)						
DATA: (data da proposta)						
PROPOSTA DE PREÇOS (ORÇAMENTO BASE):						
BASE SINAPI:						
ITEM	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO (R\$)		
				Custo unitário Total	TOTAL	
SUBTOTAL				xxx	xxx	
BDI				xx %	xxx	
TOTAL				xxx	xxx	
Sendo:	Custo unitário total = Custo unitário da mão de obra + Custo unitário dos materiais.					

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4300
www.to.gov.br/saude/



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



MODELO 3

**MODELO DE PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DE CUSTOS UNITÁRIOS
(ORÇAMENTO ANALÍTICO)**

Ref. N.º /

Proponente: (razão social da empresa proponente)

Objeto Licitado: (descrição do objeto)

0.2.1.	XXXXXXXXXXXXXX			
CÓD.	DESCRIÇÃO	COEFICIENTE	PREÇO	TOTAL
MÃO-DE-OBRA				
0000	XXXXXXX			
0000	XXXXXXX			
	TOTAL MÃO DE OBRA :			
SERVIÇOS / EQUIPAMENTO				
000	XXXXXXX			
000	XXXXXXX			
0000	XXXXXXXXXX			
0000	XXXXXXXXXX			
0000	XXXXXXXXXX			
TOTAL SERVIÇO/ EQUIPAMENTO:				R\$
SUBTOTAL:				R\$
ENCARGOS (XX %):				R\$
TOTAL:				R\$
Obs: Mão de obra, materiais e equipamentos devem ser discriminadas, não sendo suficiente a simples referência a esses itens.				

Município-UF, _____ de _____ de _____.

Nome e Assinatura do Representante Legal da Empresa

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4300
www.to.gov.br/saude/



SECRETARIA DA
SAÚDE**TOCANTINS**
GOVERNO DO ESTADO**MODELO 4****MODELO DE PLANILHA DE COMPOSIÇÃO ANALÍTICA DO BDI**

Ref. N.º /.....

Proponente: (razão social da empresa proponente)

Objeto Licitado: (descrição do objeto)

Fórmula proposta pelo Acórdão N° 2622/2013:

$$BDI = \frac{(1 + AC + S + R + G)(1 + DF)(1 + L)}{(1 - I)} - 1$$

COMPOSIÇÃO DO BDI		
AC = administração central		xx%
DF = despesas financeiras		xx%
S = taxa representativa das despesas de seguro		xx%
R = risco e imprevistos		xx%
I = impostos		xx%
L = lucro		xx%
IMP = impostos sobre faturamento*		xx%
ISS	xx%	
PIS	xx%	
COFINS	xx%	
BDI**		xx%
* soma dos impostos (ISS, PIS, Cofins) ** aplicação da fórmula proposta. *** É vedada a inclusão de IRPJ e CSLL no BDI. Obs: considerado ISS = ____% sobre MO = ____% x ____% = ____% (percentual de ISS conforme legislação vigente)		

Município-UF, ____ de ____ de ____.

Nome e Assinatura do Representante Legal da Empresa

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4300

www.to.gov.br/saude/

SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



MODELO 05

PLANILHA DE COMPOSIÇÃO DOS ENCARGOS SOCIAIS DE HORISTAS E DE MENSALISTAS

Ref.:: N° _____ / _____

Proponente: (razão social da empresa proponente)

Objeto Licitado: (descrição do objeto)

(não superior aos praticados Tabela SINAPI)

ENCARGOS SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO CIVIL – SALÁRIO MENSAL	
GRUPO A – ENCARGOS SOCIAIS BÁSICOS	%PROPOSTO
A.01 INSS – Artigo 22 Inciso I Lei 8.212/91	
A.02 FGTS – Artigo 15 Lei 8030/90 e Art. 7º Inciso III CF/88	
A.03 FGTS – Artigo 2º Lei Complementar 110/01	
A.04 SESC – Artigo 3º Lei 8.036/90	
A.05 SENAC – Decreto 2.318/86	
A.06 INCRA – Lei 7787 de 30/06/89 e DL 1146/70	
A.07 SEBRAE – Artigo 8º Lei 8029/90 e Lei 8154 de 28/12/90	
A.08 Salário Educação – Artigo 3º Inciso I Decreto 87.043/82	
A.09 Seguro Contra os Acidentes de Trabalho/INSS	
A.10 Seconci	
Subtotal Grupo A	
GRUPO B – ENCARGOS QUE RECEBEM A INCIDÊNCIA DO GRUPO A	%PROPOSTO
B.01 13º salário	
B.02 Férias (incluindo 1/3)	
B.03 Auxílio enfermidade	
B.04 Acidente de Trabalho	
B.05 Faltas legais	
B.06 Licença paternidade	
B.07 Aviso prévio trabalhado	
B.08 Férias sobre licença maternidade	
Subtotal Grupo B	

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4300

www.to.gov.br/saude/



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



GRUPO C – ENCARGOS QUE NÃO RECEBEM A INCIDÊNCIA DO GRUPO B	%PROPOSTO
C.01 Aviso prévio indenizado	
C.02 Indenização adicional	
C.03 Multa sobre FGTS nas rescisões sem justa causa	
Subtotal Grupo C	
GRUPO D – INCIDÊNCIA DO GRUPO A SOBRE GRUPO B	%PROPOSTO
D.01 Incidência dos encargos do Grupo “A” sobre os itens do grupo “B”	
Subtotal Grupo D	
GRUPO E – FGTS SOBRE AVISO PRÉVIO INDENIZADO	%PROPOSTO
E.01 Incidência do FGTS exclusivamente sobre Aviso Prévio Indenizado	
Subtotal Grupo E	
GRUPO F – INCIDÊNCIA DO GRUPO A SOBRE LICENÇA MATERNIDADE	%PROPOSTO
F.01 Incidência do Grupo A sobre encargos da licença maternidade	
Subtotal Grupo F	
TAXA TOTAL DE ENCARGOS SOCIAIS	
ENCARGOS SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO CIVIL – SALÁRIOS HORÁRIOS	
GRUPO A – ENCARGOS SOCIAIS BÁSICOS	% PROPOSTO
A.01 INSS – Artigo 22 Inciso I Lei 8.212/91	
A.02 FGTS – Artigo 15 Lei 8030/90 e Art. 7º Inciso III CF/88	
A.03 FGTS – Artigo 2º Lei Complementar 110/01	
A.04 SESC – Artigo 3º Lei 8.036/90	
A.05 SENAC – Decreto 2.318/86	
A.06 INCRA – Lei 7787 de 30/06/89 e DL 1146/70	
A.07 SEBRAE – Artigo 8º Lei 8029/90 e Lei 8154 de 28/12/90	
A.08 Salário Educação – Artigo 3º Inciso I Decreto 87.043/82	
A.09 Seguro Contra os Acidentes de Trabalho/INSS	
A.10 Seconci	

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4300

www.to.gov.br/saude/



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



Subtotal Grupo A	
GRUPO B – ENCARGOS QUE RECEBEM A INCIDÊNCIA DO GRUPO A	% PROPOSTO
B.01 13º salário	
B.02 Férias (incluindo 1/3)	
B.03 Auxílio enfermidade	
B.04 Acidente de Trabalho	
B.05 Faltas legais	
B.06 Licença paternidade	
B.07 Aviso prévio trabalhado	
B.08 Férias sobre licença maternidade	
Subtotal Grupo B	
GRUPO C – ENCARGOS QUE NÃO RECEBEM A INCIDÊNCIA DO GRUPO B	% PROPOSTO
C.01 Aviso prévio indenizado	
C.02 Indenização adicional	
C.03 Multa sobre FGTS nas rescisões sem justa causa	
Subtotal Grupo C	
GRUPO D – INCIDÊNCIA DO GRUPO A SOBRE GRUPO B	% PROPOSTO
D.01 Incidência dos encargos do Grupo “A” sobre os itens do grupo “B”	
Subtotal Grupo D	
GRUPO E – FGTS SOBRE AVISO PRÉVIO INDENIZADO	% PROPOSTO
GRUPO E – INCIDÊNCIA SOBRE AVISO PRÉVIO INDENIZADO	
E.01 Incidência do FGTS exclusivamente sobre Aviso Prévio Indenizado	
Subtotal Grupo E	
GRUPO F – INCIDÊNCIA DO GRUPO A SOBRE LICENÇA MATERNIDADE	% PROPOSTO
F.01 Incidência do Grupo A sobre encargos da licença maternidade	
Subtotal Grupo F	
TAXA TOTAL DE ENCARGOS SOCIAIS	

Município – UF, ____ de ____ de ____

Nome e Assinatura do Representante Legal da Empresa.

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4300

www.to.gov.br/saude/

