**ANEXO I**

# PLANILHA DE CUSTOS E FORMAÇÃO DE PREÇOS PROCESSO 31/2025

**FORMULÁRIO PADRONIZADO DE PROPOSTA (SUGESTIVO, NÃO OBRIGATÓRIO)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Razão Social:** | | |
| **Endereço:** | | |
| **Cidade:** | **CEP:** | **Fone/ Fax:** |
| **E-mail:** | | **CNPJ nº** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cod | Serviço | | | Valor unitário | |
| 1 | Elaboração do PGR conforme Termo de Referência (Elaboração e revisão se necessário, por 24 meses) | | |  | |
| 2 | Análise Ergonômica Preliminar, Levantamento dos riscos biomecânicos e Psicossociais | | |  | |
| 3 | Acompanhamento e monitoramento do plano de ação relacionados aos riscos ergonômicos por 2 anos (Com no mínimo 2 visitas técnicas à sede da Câmara Municipal por ano) | | | (Informar valor anual e bianual) | |
| 4 | Acompanhamento e monitoramento do plano de ação relacionados aos riscos psicossociais | | | Não incluso | |
| 5 | Elaboração de LTCAT (Elaboração e revisão se necessário, por 24 meses) | | |  | |
| 6 | Elaboração de LIP conforme Termo de Referência (Elaboração e Revisão se necessário, por 24 meses) | | |  | |
| 7 | Elaboração do PCMSO conforme Termo de Referência (Elaboração e revisão se necessário, por 24 meses) Incluso relatório analítico anual e vigilância ativa e passiva do PCMSO por 24 meses | | |  | |
| 8 | Elaboração de PPP (Valor individual) | | | (Informar valor unitário e total)  (Estimativa de 10 PPPs) | |
| 9 | Esclarecimento de dúvidas relativas à Saúde e Segurança do Trabalho/Consultoria para o setor de contratos, RH, diretoria ou servidores da Câmara, na modalidade remota e incluso visita técnica presencial, se necessário e solicitado. Não incluso dúvidas remotas relativas aos próprios objetos contratados | | | (Informar valor unitário e total)  (Estimativa de 5 consultorias/dúvidas) | |
| 10 | Treinamento NR1 Integração: Modalidade presencial, na sede da Câmara Municipal, ministrada por profissional técnico em segurança do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho, com no mínimo 2 horas de duração para os servidores. Cada servidor presente no treinamento deverá receber no mínimo as 2 horas de treinamento | | |  | |
| 11 | Treinamento Brigada de incêndio: Modalidade presencial, na sede da Câmara Municipal, ministrada por profissional técnico em segurança do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho ou profissional correlato da área, com no mínimo 4 horas de duração para os servidores. Cada servidor presente no treinamento deverá receber no mínimo as 4 horas de treinamento | | |  | |
| 12 | Treinamento primeiros socorros: Modalidade presencial, na sede da Câmara Municipal, ministrada por profissional técnico em segurança do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho ou profissional correlato da área, com no mínimo 4 horas de duração para os servidores. Cada servidor presente no treinamento deverá receber no mínimo as 4 horas de treinamento | | |  | |
| 13 | Treinamento Direção defensiva: Modalidade presencial, na sede da Câmara Municipal, ministrada por profissional técnico em segurança do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho ou profissional correlato da área, com no mínimo 4 horas de duração para os servidores. Cada servidor presente no treinamento deverá receber no mínimo as 4 horas de treinamento. | | | (Informar valor unitário e total) (Estimativa de 2 treinamentos para 24 meses) | |
| 14 | Treinamento Designado CIPA ministrada por profissional técnico em segurança do trabalho ou engenheiro de segurança do trabalho, com no mínimo 8 horas de duração para os servidores, sendo no mínimo 4 horas presenciais na sede da Câmara Municipal. Cada servidor presente no treinamento deverá receber no mínimo as 4 horas de treinamento. | | |  | |
| 15 | Elaboração de ordem de serviço para os funcionários ativos. Poderá ser realizada na sede da Câmara Municipal ou em local definido pela contratada em no máximo 150 km da sede da Câmara Municipal | | |  | |
| 16 | Elaboração de ordem de serviço + integração presencial na sede da Câmara Municipal para as novas contratações | | | (Informar valor unitário e total)  (Estimativa de 2 ordens de serviços para 24 meses) | |
| 17 | Elaboração do PAE - Plano de Ação de Emergência | | |  | |
| 18 | Elaboração de Mapa de Risco | | |  | |
| Exames ocupacionais | | | | | |
| Informar se haverá subcontratação, endereço e CNPJ da subcontratada. | | | | | |
| Observação: Não é permitido a realização dos exames in loco, devendo a empresa contratada disponibilizar espaço e salas em clínica adequadas para a realização dos exames. Todos os exames deverão ser realizados no município de São Miguel Arcanjo. Todos os exames deverão ser disponibilizados para retirada no prazo de 5 dias úteis, prorrogados por igual período | | | | | |
| Cod | | Descrição | Valor unitário | | Valor estimado anual |
| 1 | | Realização de exames clínicos (Em caso de admissão, demissão, periódico ou de retorno ao trabalho) |  | | (Estimativa de 20 exames clínicos) |
| 2 | | Realização de exames clínicos para os agentes de apoio e transporte (Em caso de admissão, demissão, periódico ou de retorno ao trabalho) |  | | (Estimativa de 2 exames clínicos para o setor de transporte) |
| 3 | | Realização de exame de audiometria ocupacional |  | | (Estimativa de 2 exames clínicos para os motoristas) |
| 4 | | Realização de hemograma completo |  | | (Estimativa de 2 exames clínicos para os motoristas) |
| 5 | | Realização de eletrocardiograma |  | | (Estimativa de 2 exames clínicos para os motoristas) |
| 6 | | Realização de eletroencefalograma |  | | (Estimativa de 2 exames clínicos para os motoristas) |
| 7 | | Realização de exame de acuidade visual |  | | (Estimativa de 2 exames clínicos para os motoristas) |
| 8 | | Realização de exame de glicemia |  | | (Estimativa de 2 exames clínicos para os motoristas) |
| 9 | | Realização de exames psicossociais (Em caso de existência de riscos psicossociais futuramente) |  | | (Estimativa de 18 avaliações psicossociais) |
| Valor final estimado total | | | | | R$ |

**DECLARAÇÃO**

1. Declaro que o prazo de validade desta proposta é de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.
2. Declaro, sob as penas da lei, que o objeto ofertado atende todas as especificações exigidas no Termo de Referência.
3. Declaro que a proposta compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.
4. Declaro que os preços acima indicados contemplam todos os custos diretos e indiretos incorridos na data da apresentação desta proposta incluindo, entre outros: tributos, encargos sociais, material, despesas administrativas, seguro, frete e lucro.
5. Declaro que estou ciente de que os valores se tratam de preços unitários, obedecendo ao regime de empreitada por preço unitário e seu efetivo pagamento será subordinado aos serviços efetivamente executados ao longo do contrato.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Representante Responsável Pelo Orçamento** | |
| **Identidade nº:** | **CPF nº:** |
| **Local e data:** | |
| **Assinatura:** | |