

RELATÓRIO DE MEDIÇÃO MENSAL (RMM)

Manutenção Preventiva, Corretiva e Serviços Complementares dos Equipamentos de Climatização

IDENTIFICAÇÃO DO RELATÓRIO	
CONTRATADA:	
CONTRATANTE:	INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS
Nº DO CONTRATO:	
GERÊNCIA(S) EXECUTIVA(S):	
PERÍODO DE MEDIÇÃO:	Ex.: 01 de ____ a ____ de ____ de ____
MÊS/ANO DE REFERÊNCIA:	Ex: junho/2026
RESPONSÁVEL TÉCNICO:	Nome / Função / Registro CREA/CFT nº _____
PREPOSTO DA CONTRATADA:	Nome / Telefone / E-mail
FISCAL TÉCNICO DO CONTRATO:	Nome / SIAPE

OBS.1: Este relatório constitui documento obrigatório para a medição dos serviços e deverá ser entregue ao Fiscal Técnico do Contrato até 10 (dez) dias corridos após o encerramento do período de medição, acompanhado de todos os documentos comprobatórios. A ausência de documentação implica registro de não conformidade no IMR e poderá acarretar glosa proporcional nos valores da fatura.

1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Medição Mensal (RMM) tem por objetivo apresentar o compilado das atividades de manutenção preventiva, corretiva, instalações e serviços eventuais executadas no período de referência, em cumprimento ao Contrato nº [Inserir Nº do Contrato] firmado com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Este documento visa atestar a execução dos serviços e subsidiar a medição e o pagamento, em conformidade com as especificações do Termo de Referência e seu Anexo [Inserir nº do Anexo que detalha o PMOC e rotinas].

2. EQUIPE TÉCNICA

Os serviços foram realizados pelos seguintes profissionais, devidamente identificados e autorizados pela contratada, conforme relação de trabalhadores aprovada pela Fiscalização:

NOME COMPLETO	FUNÇÃO

Obs.2: Qualquer alteração na composição da equipe deverá ser comunicada previamente ao Fiscal Técnico. Os profissionais devem portar documento de identificação e o crachá de identificação da empresa em campo.

3. MANUTENÇÕES PREVENTIVAS

3.1. Cumprimento do PMOC

As manutenções preventivas realizadas no período de medição seguiram as rotinas estabelecidas no PMOC vigente, abrangendo todos os equipamentos previstos e em conformidade com as normas ABNT NBR 17037:2023 e demais instrumentos normativos aplicáveis. A relação completa dos serviços, por equipamento, encontra-se na Planilha de Controle de Serviços (ANEXO XVI), além das Ordens de Serviços emitidas, as quais integram o presente RMM.

3.2. Estatísticas do Período

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Total de Equipamentos Preventivos Programados (PMOC)	[Inserir Nº]
Total de Preventivas Executadas	[Inserir Nº]
Total de Preventivas Não Executadas / Pendentes	[Inserir Nº]
Percentual de Cumprimento do PMOC no Período	[Inserir %]

Obs.3: O não cumprimento integral do plano preventivo ensejará as glosas previstas no Instrumento de Medição de Resultado (IMR).

4. MANUTENÇÕES CORRETIVAS

4.1. Atendimento às Solicitações

As intervenções corretivas foram realizadas para sanar falhas e defeitos, atendendo às solicitações da CONTRATANTE ou a constatações feitas durante as preventivas, conforme procedimentos do Termo de Referência. A relação completa dos serviços, por equipamento, encontra-se na Planilha de Controle de Serviços (ANEXO XVI), além dos detalhes de cada atendimento que estão registrados nas Ordens de Serviço de Manutenção Corretiva em anexo.

4.2. Estatísticas de Desempenho Corretivo

INDICADOR	TOTAL NO PERÍODO
Total de Ordens de Serviço Corretivas Abertas	[Inserir Nº]
Total de OS Corretivas Concluídas no Prazo	[Inserir Nº]
Total de OS Corretivas Concluídas Fora do Prazo	[Inserir Nº]
Tempo Médio de Atendimento (Emergência)	[Inserir tempo, ex: 6h]
Tempo Médio de Atendimento (Urgência)	[Inserir tempo, ex: 20h]

Obs.4: O descumprimento dos prazos de atendimento (Emergência, Urgência, Alerta) será registrado para fins de aplicação do IMR.

5. SERVIÇOS DE INSTALAÇÃO E DESINSTALAÇÃO

O registro das atividades de instalação ou desinstalação de equipamentos realizadas no período, conforme solicitação da CONTRATANTE estão na Planilha de Controle de Serviços (ANEXO XVI), além das Ordens de Serviços emitidas, as quais integram o presente RMM.

Obs.5: O não cumprimento das Ordens de Serviços para instalação ou desinstalação ensejará as glosas previstas no Instrumento de Medição de Resultado (IMR).

6. FORNECIMENTO E APLICAÇÃO DE PEÇAS SOB DEMANDA - PSD

As PSD foram adquiridas e instaladas mediante autorização prévia da Fiscalização e em conformidade com as disposições do Termo de Referência. As peças instaladas no período deste RMM encontram-se registradas na Planilha de Controle de Serviços (ANEXO XVI) .

Obs.6: Nos casos de aquisição emergencial de Peças Sob Demanda (PSD), aplicam-se integralmente as disposições do Termo de Referência, devendo toda a documentação exigida para essa modalidade de aquisição ser apresentada juntamente com a nota fiscal.

7. SERVIÇOS EVENTUAIS

Os Serviços Eventuais abrangem as atividades não executadas mensalmente de forma programada, remuneradas exclusivamente quando efetivamente executadas, conforme previsto no TR. Os serviços eventuais executados no período dessa medição encontram-se registrados na Planilha de Controle de Serviços (ANEXO XVI).

Obs.7: O Laudo/Relatório Técnico da Qualidade do Ar Interior - QAI, assinado pelo responsável técnico da empresa laboratorial com respectiva ART, deverá ser anexado ao presente RMM.

Obs.8: Caso não haja serviço eventual no respectivo período de medição , informar o motivo e, se possível, a data prevista para próxima execução desses serviços.

8. INSTRUMENTO DE MEDIÇÃO DE RESULTADO (IMR)

Neste tópico, tratamos das não conformidades registradas no período de medição, apuradas pela Fiscalização e/ou pela própria contratada, com seus respectivos impactos na medição dos serviços. A apuração de todos critérios estabelecidos contratualmente está indicada na Planilha de Controle de Serviços.

Obs.9: O registro de não conformidades no IMR não exclui a aplicação das penalidades contratuais previstas. As glosas incidentes sobre o faturamento do período serão deduzidas da nota fiscal/fatura correspondente, conforme disposições do contrato.

9. DECLARAÇÃO E ASSINATURAS

Declaramos para os devidos fins que as informações prestadas neste Relatório Mensal Consolidado refletem a realidade dos serviços executados no período, estando a documentação comprobatória anexa e disponível para conferência pela fiscalização do INSS.

São Luís/MA, ____ de ____ de ____.

ASSINATURA

Responsável Técnico da Contratada

Nome: _____

CREA/CFT nº: _____

Data: ____ / ____ / ____