**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES/AM**

**UNIDADE DE SAÚDE (XXXXXXXXXXXXXX)**

**Local: Unidade de Saúde:** Av. ......... **-** Bairro: .........

**RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO / LEI 14.133/2021**

**TIPO: COOPERATIVA**

 **PERÍODO:** XX a XX DE............DE 2023

Agência Amazonense de Des. Econ. e Social

Rua Major Gabriel, 1721 – Centro

presidência@aades.am.gov.br

Manaus – AM – CEP 69020-060

1. **IDENTIFICAÇÃO DO CONTRATO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Contrato** | xxx/2021 – SES/AM |
| **Contratante** | Secretaria de Estado de Saúde – SES/AM |
| **Contratada** | XXXXX XXXXXX |
| **Objeto do Contrato** | Cooperativa |
| **Vigência do Contrato** |  |
| **Valor Global**  | (R$) xx.xxx,xx (Por extenso) |
| **Fiscal do Contrato** | Nome completo/Portaria |
| **Gestor do Contrato** | Nome completo/Portaria |

1. **OBJETIVO DO CONTRATO**

*(Transcrever os itens apontados no Projeto Básico que justificaram a contratação* e *deu origem ao contrato.)*

**3. ANÁLISE DOS INDICADORES DO CONTRATO**

 **3.1 Indicador: Profissionais e/ou plantões Contratados**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESPECIALIDADE (OU SERVIÇO)** | **Unidade de Medida** | **Valor Unitário (R$)** | **INDICADOR FÍSICO\*** | **INDICADOR FINANCEIRO\*\*** |
| **Previsto** | **Realizado** | **(%)Previsto/Realizado** | **Previsto (R$)** | **Realizado (R$)** | **(%)Previsto/Realizado** |
| Clínico Geral | Plantão |  | 150 | 150 | 100% | - | - | #DIV/0! |
| Pediatra | Plantão |  | 90 | 90 | 100% | - | - | #DIV/0! |

\*o indicador físico corresponde ao quantitativo previsto/realizado podendo ser identificado na proposta, no campo dos valore no SGC e no próprio Projeto Básico;

\*\*o indicador financeiro corresponde aos valores previstos no cronograma financeiro e o valor atestado;

1. **CUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO**

|  |
| --- |
| ( ) Cumpriu o Programa de Integridade, conforme a Lei Estadual n.º 4.730, de 27 de dezembro de 2018;( ) Cumpriu a Lei Estadual n.º 5.185, de 25 de maio de 2020, que estabelece a exigência de garantia de igualdade salarial entre homens e mulheres, às empresas que contratarem com o Poder Público Estadual;( ) Cumpriu o artigo 135, da Lei Estadual n.º 241 de 31 de março de 2015, que estabelece a exigência que o Poder Público estabeleça, em todos os contratos firmados com empresas ou entidades prestadoras de serviços, a exigência de preencher o percentual mínimo de cada empresa ou entidade a que se refere o parágrafo único do artigo 134 durante toda a contratualidade;(Em caso negativo anexar documentação que comprove e notificar contratante.) |

**5. ANÁLISE QUALITATIVA DA FISCALIZAÇÃO**

|  |
| --- |
| **Avaliação dos indicadores básicos de entrega de bens e serviços prestados pela empresa:****Bens:** (1) Entregou dentro do prazo; (2) Não entregou dentro do prazo;**Bens:** (1)Especificação de acordo com a licitação; (2) Especificação diferente do licitado;**Serviços:** (1) Realizou dentro do tempo estabelecido no contrato; (2) Não realizou dentro do prazo; **Serviços:** (1)Executado de acordo com Projeto Básico; (2) Executado diferente do Projeto Básico;**Pontuação Alcançada de Tempo e Qualidade**: **Bens ( ); Serviços ( );****Referência:** **Resultado 2 – Ótimo** (A empresa cumpriu rigorosamente o contratado com a administração);**Resultado 3 – Regular** (A empresa deixou de cumprir algum item contratado);**Resultado 4 – Péssimo** (A empresa não cumpriu os requisitos básicos de tempo e qualidade). |

 (Indicar se os quantitativos vêm sendo cumpridos como pactuado, apontar eventuais falhas e sugestões de melhorias; apontar também quando houver realização acima ou abaixo do previsto, que poderá servir de indicativo da necessidade de acréscimo ou supressão. Esclarecer e anexar as anotações próprias, relatos das possíveis deficiências, falhas ou irregularidades constatadas para que a Administração Pública tenha conhecimento e para que o credor seja exigido pelo cumprimento das obrigações descritas em Termo de Contrato.)

**6. CONCLUSÃO**

Diante do exposto, manifesto-me **favorável/desfavorável** a (des)continuidade da prestação dos serviços.

Manaus, .......... de ................ de 2023.

**Atenciosamente,**

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

**Nome Completo**

**Fiscal do Contrato**

**De acordo:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome Completo**

**Gestor de Contrato**

**Acolho:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome Completo**

**Diretor da Unidade**