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

**UNIDADE DE SAÚDE (XXXXXXXXXXXXXX)**

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

**RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO / LEI 8.666/93**

**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 |

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;

**5. ANÁLISE DA FISCALIZAÇÃO**

|  |
| --- |
| **Avaliação dos indicadores básicos de entrega de bens e serviços prestados pela empresa:**  **Bens:** Entregou dentro do prazo (1) Não entregou dentro do prazo (2)  **Serviços:** Realizou dentro do tempo estabelecido no contrato (1) Não realizou dentro do prazo (2)  **Bens:** Especificação de acordo com a licitação (1) Especificação diferente do licitado (2)  **Serviços:** Executado de acordo com Projeto Básico (1) Executado diferente do Projeto Básico (2)  **Pontuação Alcançada:** 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 cumpriu 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)

**6. CONCLUSÃO**

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

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

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

**Nome Completo**

**Fiscal do Contrato**

**De acordo:**

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

**Nome Completo**

**Diretor da Unidade**