**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: ÓRTESES E PRÓTESES**

 **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** | Órteses e Próteses. |
| **Vigência do Contrato** |  |
| **Nome completo/Portaria** | Nome completo/Portaria |
| **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** |
| Parafuso  | Uni |  | 150 | 75 | 50% | - | - | #DIV/0! |
| Parafuso  | Uni |  | 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 DE DOCUMENTAÇÃO**

|  |
| --- |
| ( ) Saída de sala do paciente informando o material utilizado, com assinatura do Médico, Enfermeiro ou responsável pelo controle do material de OPME;( ) Laudo com a descrição cirúrgica do procedimento assinado pelo médico responsável.( ) Documento emitido na sistema AJURI de envio do material para procedimento do paciente com número do lote do material utilizado emitido pelo setor de Logística, Almoxarifado, Patrimônio ou outro responsável pela guarda/armazenamento dos materiais de OPME;(Em caso negativo anexar documentação que comprove e notificar contratante.) |

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.) |

1. **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.)

1. **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**