



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEAC - Setor de Avaliação e Controle


saude_uac@saojoao.sp.gov.br

RELATÓRIO CONCLUSIVO DE ACOMPANHAMENTO DE PARCERIAS

Convênio:	04/2019
Entidade Conveniada:	Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”.
Período analisado:	Quadrimestre (junho a setembro/2020)
Visita realizada:	Não realizada em razão da pandemia da Covid-19
Responsável pela Conveniada:	Marcio Roberto Francioli – Provedor da Entidade
Responsável pelas informações:	Josué Alberto de Melo Junior – Gerente Hospitalar
Comissão de Avaliação Responsável:	Comissão de Avaliação de Convênios, nomeada pela Portaria 13.023, de 24 de abril de 2020
Destinatário:	Direção do Departamento Municipal de Saúde

Senhor Diretor Municipal de Saúde,

Trata-se de relatório conclusivo de acompanhamento sobre a execução do Convênio 04/2019 no período acima identificado.


C
p 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEAC - Setor de Avaliação e Controle
saude_uac@saojoao.sp.gov.br

A parceria foi celebrada em 26 de setembro de 2019 e seu objeto central é o custeio da contratação de empresa para a realização de manutenção preventiva e corretiva do equipamento de Tomografia.

Os procedimentos realizados pelo equipamento destinam-se ao atendimento em nível local e regional, portanto, manter o aparelho de Tomografia em atividade pode assegurar a continuidade do acesso da população a esses procedimentos.

A vigência da parceria foi estabelecida inicialmente em 12 (doze) meses, com término previsto para o dia 25 de setembro de 2020, entretanto, esse período foi prorrogado por 12 meses através de Termo Aditivo firmado em 17 de setembro de 2020.

Para a execução do objeto do Convênio foi repassado inicialmente pelo Poder Público o valor de R\$ 166.320,00 (cento e sessenta e seis mil, trezentos e vinte reais) em parcela única, com as observações apontadas na cláusula sexta do instrumento da parceria.

Pela entidade foi apresentado o Plano de Trabalho que definiu a forma de execução das atividades decorrentes da plena utilização do aparelho de Tomografia. Por este documento também foram definidas as metas quantitativas e qualitativas que servirão de base para o processo de avaliação quadrimestral.

Antes de adentrar ao conteúdo do material avaliado é oportuno ressaltar por motivo da pandemia provocada pelo novo coronavírus não foi realizada a visita presencial durante o período em análise.

Quanto à avaliação dos indicadores, tendo como base os documentos apresentados, tais como: Relatórios de produção, planilha de monitoramento, laudo de visita técnica, cronograma de manutenção preventiva e corretiva, temos os resultados apresentados na sequência.



METAS QUANTITATIVAS

Indicador: 1
Objetivo: Verificar a relação entre exames disponibilizados, em relação aos exames contratados no quadrimestre.
Meta: 100%
Fórmula: Total de exames de tomografia disponibilizados em agenda CROSS/ 146 exames de tomografia x100
Parâmetros de pontuação Apresentar relatório que comprove a relação entre exames disponibilizados /146 exames contratados : $\geq 80\%$ = 10 pontos; < 80% não pontua.

Resultados constatados:

Meses	Exames disponibilizados	Exames contratados (146)	Percentual (%)
junho	0	146	*
julho	0	146	*
agosto	0	146	*
setembro	146	146	100%
Média: 100% - Pontos referenciados: 10			
Obs: * prejudicado em razão da pandemia de Covid-19 e das medidas adotadas para o seu enfrentamento e que afetaram a disponibilização das vagas nos meses de junho, julho e agosto.			

Indicador: 2
Objetivo: Verificar a quantidade de exames realizados no quadrimestre.
Meta: 100%
Fórmula: Total de exames de tomografia realizados/Total de exames contratados no período x100
Parâmetros de pontuação: Apresentar relatório que comprove a relação entre exames pactuados /exames. $\geq 80\%$ = 10 pontos; < 80% não pontua.

Resultados constatados:

Meses	Exames realizados	Exames contratados	Percentual (%)
junho	97	182	53,29
julho	91	182	50,00

3
4



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEAC - Setor de Avaliação e Controle

saude_uac@saojoao.sp.gov.br

agosto	98	182	53,84
setembro	228	182	125,27
Média: 70,06 % - Pontos referenciados: 0			

Indicador: 3
Objetivo: Verificar a quantidade de manutenções preventivas realizadas no período.
Meta: 100%
Fórmula: Total de manutenções preventivas realizadas no período/ Total de manutenções programadas x100
Parâmetros de pontuação: Apresentar relatório que comprove a relação entre manutenção realizada/programada. ≥80% = 10 pontos; < 80% não pontua.

Resultados constatados:

Meses	Manutenções preventivas realizadas	Manutenções preventivas programadas	Percentual (%)
junho	-	-	-
julho	-	-	-
agosto	1	1	100,00
setembro	-	-	-
Média: 100,00% - Pontos referenciados: 10			
Obs:			

METAS QUALITATIVAS

Indicador: 4
Objetivo: Apresentar termo aditivo contratual vigendo por 12 meses a partir da assinatura deste termo.
Meta: 100%
Requisito: Apresentação do contrato assinado e vigente.
Parâmetros de pontuação: Apresentou termo aditivo assinado = 10 pontos Não apresentou não pontua.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEAC - Setor de Avaliação e Controle

saude_uac@saojoao.sp.gov.br

Resultados constatados:

Requisito do indicador	Constatação
Apresentou o contrato vigente	(x) sim () não
Pontos referenciados: 10	

Indicador: 5

Objetivo: Verificar a realização de manutenção preventiva do Tomógrafo no quadrimestre.

Meta: 100%

Requisito: As manutenções preventivas deverão ser comprovadas mediante laudos técnicos que serão apresentados pelo proponente.

Parâmetros de pontuação:

Apresentou laudos técnicos comprovando a manutenção preventiva = 10 pontos

Não apresentou não pontua

Resultados constatados:

Requisito do indicador	Constatação
Apresentou laudos técnicos comprovando a manutenção preventiva	(x) sim () não
Pontos referenciados: 10	

RESULTADO

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Percentual
1 quantitativo	10	10	100,00
2 quantitativo	10	0	0,00
3 quantitativo	10	10	100,00
4 qualitativo	10	10	100,00
5 qualitativo	10	10	100,00
Total	50	40	80,00
Percentual alcançado: 80,00%			

Portanto, a entidade conseguiu alcançar um percentual razoável em seu desempenho. Por outro lado, em atenção a Lei Federal 13.992/2.020, a qual suspendeu por 120 dias, a contar de 1º de março, a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema

6 5
4 Y



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEAC - Setor de Avaliação e Controle
saude_uac@saojoao.sp.gov.br

Único de Saúde, sendo posteriormente prorrogada até o dia 30 de setembro pela Lei 14.061/2.020, motivo pelo qual não haverá a necessidade de se promover desconto sobre o valor repassado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, de acordo com as informações que nos foram enviadas para análise, não foram constatados eventos dignos de apontamentos, razão pela qual concluímos o processo de avaliação encaminhando esse relatório para cientificação da Direção do Departamento Municipal de Saúde e posterior remessa aos Órgãos internos de controle.

São João da Boa Vista, 06 de janeiro de 2021.

Comissão de Avaliação, nomeada pela Portaria Municipal nº 13.023, de 24 de abril de 2020.

RUBYA SANNY DE CARVALHO

Lucimara M. Benedicto
LUCIMARA MANGUES BENEDICTO

LUCAS PEREIRA PIROLA

ISAAC FERREIRA DA SILVA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEAC - Setor de Avaliação e Controle

Saude_uac@saojoao.sp.gov.br

PLANILHA DE AVALIAÇÃO

Convênio 04/2019

Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista
Santa Casa de Misericórdia "Dona Carolina Malheiros"

Período: junho a setembro/2020

METAS QUANTITATIVAS

Indicador: 1
Objetivo: Verificar a relação entre exames disponibilizados, em relação aos exames contratados no quadrimestre.
Meta: 100%
Fórmula: Total de exames de tomografia disponibilizados em agenda CROSS/ 146 exames de tomografia x100
Parâmetros de pontuação Apresentar relatório que comprove a relação entre exames disponibilizados /146 exames contratados : $\geq 80\%$ = 10 pontos; < 80% não pontua.

Resultados constatados:

Meses	Exames disponibilizados	Exames contratados (146)	Percentual (%)
junho	0	146	*
julho	0	146	*
agosto	0	146	*
setembro	146	146	100%
Média: 100% - Pontos referenciados: 10			
Obs: * prejudicado em razão da pandemia de Covid-19 e das medidas adotadas para o seu enfrentamento e que afetaram a disponibilização das vagas nos meses de junho, julho e agosto.			



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEAC - Setor de Avaliação e Controle

Saude_uac@saojoao.sp.gov.br

Indicador: 2
Objetivo: Verificar a quantidade de exames realizados no quadrimestre.
Meta: 100%
Fórmula: Total de exames de tomografia realizados/Total de exames contratados no período x100
Parâmetros de pontuação: Apresentar relatório que comprove a relação entre exames pactuados /exames. ≥80% = 10 pontos; < 80% não pontua.

Resultados constatados:

Meses	Exames realizados	Exames contratados	Percentual (%)
junho	97	182	53,29
julho	91	182	50,00
agosto	98	182	53,84
setembro	228	182	125,27
Média: 70,60 % - Pontos referenciados: 0			
Obs:			

Indicador: 3
Objetivo: Verificar a quantidade de manutenções preventivas realizadas no período.
Meta: 100%
Fórmula: Total de manutenções preventivas realizadas no período/ Total de manutenções programadas x100
Parâmetros de pontuação: Apresentar relatório que comprove a relação entre manutenção realizada/programada. ≥80% = 10 pontos; < 80% não pontua.

Resultados constatados:

Meses	Manutenções preventivas realizadas	Manutenções preventivas programadas	Percentual (%)
junho	-	-	-
julho	-	-	-



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEAC - Setor de Avaliação e Controle

Saude_uac@saojoao.sp.gov.br

agosto	1	1	100,00
setembro	-	-	-
Média: 100,00% - Pontos referenciados: 10			
Obs:			

METAS QUALITATIVAS

Indicador: 4
Objetivo: Apresentar termo aditivo contratual vigendo por 12 meses a partir da assinatura deste termo.
Meta: 100%
Requisito: Apresentação do contrato assinado e vigente.
Parâmetros de pontuação: Apresentou termo aditivo assinado = 10 pontos Não apresentou não pontua.

Resultados constatados:

Requisito do indicador	Constatação
Apresentou o contrato vigente	(x) sim () não
Pontos referenciados: 10	

Indicador: 5
Objetivo: Verificar a realização de manutenção preventiva do Tomógrafo no quadrimestre.
Meta: 100%
Requisito: As manutenções preventivas deverão ser comprovadas mediante laudos técnicos que serão apresentados pelo proponente.
Parâmetros de pontuação: Apresentou laudos técnicos comprovando a manutenção preventiva = 10 pontos Não apresentou não pontua

Resultados constatados:

Requisito do indicador	Constatação
Apresentou laudos técnicos comprovando a manutenção preventiva	(x) sim () não
Pontos referenciados: 10	

3
K Y



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEAC - Setor de Avaliação e Controle

Saude_uac@saojoao.sp.gov.br

Observação:

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Percentual
1	10	10	100,00
2	10	0	0,00
3	10	10	100,00
4	10	10	100,00
5	10	10	100,00
Total	50	40	80,00

São João da Boa Vista, 06 de janeiro de 2021.

(Comissão de Avaliação, nomeada pela Portaria Municipal nº 13.023, de 24 de abril de 2020).

RUBYA SANNY DE CARVALHO

LUCIMARA MANGUES BENEDICTO

LUCAS PEREIRA PIROLA

ISAAC FERREIRA DA SILVA

Ad. 1.1.2

Item	Atenção	Valorção	Fonte do material	Quantitativos												Pontos obtidos			Valor máx.		
				Resultados apresentados												1º quadrimestre					
				1º quadrimestre			2º quadrimestre			3º quadrimestre			4º quadrimestre			1º	2º	3º			
out/19	nov/19	dez/19	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20	set/20	media	quadrimestre	quadrimestre	quadrimestre						
1	Total de exames de tomografia disponibilizados nos meses CROSS/19 e exames de tomografia 2020	≥ 80% = 10 pontos 4 que 40% = 0 pontos	Relatório Wareline	121	146	146	146	146	146	146	146	146	146	146	146	146	100,5	10	0	0	
2	Total de exames de tomografia realizados em período total de 12 meses 2020	≥ 80% = 10 pontos 4 que 40% = 0 pontos	Relatório Wareline	179	172	289	210	159	349	224	48	97	91	98	228	128,5	128,5	10	10	10	0
3	Total de manutenções preventivas realizadas no período total de 12 meses 2020	Apresentou = 10 pontos Não apresentou = 0 pontos	Cronograma de manutenções preventivas programadas Tubolia	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	10	10	10	10
4	Aferenciamento do controle assistido L.VIGENTE	Apresentou = 10 pontos Não apresentou = 0 pontos	Santa Casa	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	10	10	10	10
5	As manutenções preventivas deverão ser comprovadas mediante folhas impressas que serão apresentadas ao proponente	Apresentou = 10 pontos Não apresentou = 0 pontos	Tubolia	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	10	10	10	10

Resultado Final				Valor total da pontuação			Valor máx.		
100%	90 a 100% do total de pontuação	50	40	30	50	40	30	30	

Qualitativos	100%	80%	60%
será suspenso o repasse			

Observação: Não houve disponibilização da agenda de exames via CROSS referente a junho a agosto, devido a pandemia do Covid-19, consequentemente impactando nos indicadores Quantitativos 1 e 2.

Kelly Cristina Dazena
KELLY CRISTINA DAZENA
 Coordenadora de Atendimento

Tosue Alberto de Melo Junior
TOSUE ALBERTO DE MELO JUNIOR
 Gerente Hospitalar





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA "DONA CAROLINA MALHEIROS"
CNPJ 59.759.084/0001-94 Inscrição Estadual ISENTA
Declarada de Utilidade Pública: Lei Municipal Nº 15 de 17/02/60
Lei Estadual Nº 36.227 de 09/02/60 – Lei Federal Nº 1.324 de 30/08/62

1 v.d. 1

Vagas disponibilizadas Jun/20	
Descrição do Procedimento	Qtde
Não houve liberação de vagas no mês de Junho 2020	

Vagas disponibilizadas Jul/20	
Descrição do Procedimento	Qtde
Não houve liberação de vagas no mês de Julho 2020	

Vagas disponibilizadas Ago/20	
Descrição do Procedimento	Qtde
Não houve liberação de vagas no mês de Agosto 2020	

Vagas disponibilizadas Set/20	
Descrição do Procedimento	Qtde
Tomografia	73
Tomografia com contrastes	73

Josué Alberto de Melo Junior
Gerente Hospitalar

Kelly Cristina Daxena
Coordenadora de Setor





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DONA CAROLINA MALHEIROS
Rua Carolina Malheiros, 92 - Vila Conrado, São João da Boa Vista - SP
CEP: 13870-720 Tel.: (19) 3634-1133 CNES: 2084228
CNPJ: 59.759.084/0001-94

Produção por Exame

Laboratório: 02-RADIOLOGIA
Data da requisição : 01/06/2020 a 30/06/2020
Atendimento Tipo : IAE
Convênio: BPA

Código	Descrição	Cod. Tab.	QTD	RLZ
100000215	CT DA COLUNA LOMBAR	10206010028	2	2
100000222	CT DA COLUNA CERVICAL	10206010010	5	5
100000224	CT DA FACE	10206010044	1	1
100000230	CT DA PELVIS	10206030037	2	2
100000245	CT DO ABDOMEN SUPERIOR	10206030010	7	7
100000246	CT DO ABDOMEN INFERIOR	10206030037	6	6
100000253	CT DE CRANIO	10206010079	35	35
100000259	CT DO OMBRO ESQUERDO	10206020023	2	2
100000264	CT DO PUNHO ESQUERDO	10206020023	1	1
100000267	CT DO TORAX	10206020031	26	26
100001719	CT DO ABDOMEN TOTAL	10206030010	10	10
			97	97

Josué A. Melo Junior
Gerente Hospitalar






SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DONA CAROLINA MALHEIROS
Rua Carolina Malheiros, 92 - Vila Conrado, São João da Boa Vista - SP
CEP: 13870-720 Tel.: (19) 3634-1133 CNES: 2084228
CNPJ: 59.759.084/0001-94

Produção por Exame

Laboratório: 02-RADIOLOGIA
Data da requisição : 01/07/2020 à 31/07/2020
Atendimento Tipo :IAE
Convênio: BPA

Código	Descrição	Cod. Tab.	QTD	RLE
00000214	CT DA COLUNA DORSAL	0206010036	1	1
00000215	CT DA COLUNA LOMBAR	0206010028	3	3
00000218	CT DA BACIA	0206030037	1	1
00000222	CT DA COLUNA CERVICAL	0206010010	2	2
00000224	CT DA FACE	0206010044	1	1
00000230	CT DA PELVIS	0206030037	4	4
00000239	CT DO PESCOCO	0206010052	3	3
00000245	CT DO ABDOMEN SUPERIOR	0206030010	4	4
00000246	CT DO ABDOMEN INFERIOR	0206030037	2	2
00000253	CT DE CRANIO	0206010079	44	44
00000258	CT DO OMBRO DIREITO	0206020023	2	3
00000263	CT DO PUNHO DIREITO	0206020023	1	1
00000267	CT DO TORAX	0206020031	17	17
00001719	CT DO ABDOMEN TOTAL	0206030010	5	5
			90	91



Jasué A. Melo Junior
Gerente Hospitalar



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DONA CAROLINA MALHEIROS
Rua Carolina Malheiros, 92 - Vila Conrado, São João da Boa Vista - SP
CEP: 13870-720 Tel.: (19) 3634-1133 CNES: 2084228
CNPJ: 59.759.084/0001-94

Produção por Exame

Laboratório: 02-RADIOLOGIA

Data da requisição : 01/08/2020 à 31/08/2020

Atendimento Tipo : IAE

Convênio: BPA

Código	Descrição	Cod. Tab.	QTD	RL2
00000215	CT DA COLUNA LOMBAR	0206010028	3	3
00000222	CT DA COLUNA CERVICAL	0206010010	2	2
00000224	CT DA FACE	0206010044	3	3
00000230	CT DA PELVIS	0206030037	6	6
00000241	CT DAS ORBITAS	0206010060	2	2
00000245	CT DO ABDOMEN SUPERIOR	0206030010	7	7
00000246	CT DO ABDOMEN INFERIOR	0206030037	2	2
00000251	CT DO COTOVELO DIREITO	0206020023	1	1
00000253	CT DE CRANIO	0206010079	35	35
00000264	CT DO PUNHO ESQUERDO	0206020023	1	1
00000265	CT DO QUADRIL DIREITO	0206020023	1	1
00000267	CT DO TORAX	0206020031	30	30
00001719	CT DO ABDOMEN TOTAL	0206030010	5	5
			98	98


Josué A. Melo Junior
Gerente Hospitalar



ind. 3

PARA:	24959 - SANTA CASA MIS DONA CAROLINA M	CMBMTZ
A/C:	Kelly	São João da Boa Vista
EMAIL:	raiox@santacasasaojoao.com.br; gerentehospitalar@santacasasaojoao.com.br; laercioraiox@hotmail.com;	DATA
FONE:	(19) 3634-1133	10/10/19
DE:	Matheus Sousa	REF. Nº
Depto.:	Administração Técnica	C.6570.CT.2019

Programação das Manutenções Preventivas para o período contratual de 27/09/19 até

TOMOGRFO COMPUTADORIZADO ALEXION ACCESS com número de série 13D1722088 (77469)

2019											
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
									29		
2020											
JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
		17					11				

Notas:

- 1- Esta(s) data(s) poderá(ão) ser alterada(s) por ambas as partes, desde que avisada (s) com antecedência e formalizadas por e-mail.
- 2- Pedimos que o(s) equipamento(s) esteja(m) disponível no horário das 10:00 as 17:00 para que o técnico/engenheiro possa prestar o serviço.
- 3- Estando V.Sas. de acordo com a nossa programação, solicitamos sua assinatura/carimbo no "De acordo" e nos devolver por e-mail(digitalizado) ou pelo fax (11) 4134-0003.
- 4- Este cronograma somente terá validade e aplicação desde que o cliente esteja com o contrato de manutenção em vigor com a Canon Medical Systems do Brasil Ltda., bem como com as obrigações de pagamento do mesmo adimplidas, e ou a garantia do aparelho ainda esteja em vigor.

Ficamos ao vosso dispor para prestarmos outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

11/10/19 Antônio Fernandes Filho

Antônio Fernandes Filho

Data Nome por extenso

De acordo

Antônio Fernandes Filho
Previdor

Atenciosamente,
Matheus Sousa



Ind. 4



CANON MEDICAL SYSTEMS DO BRASIL

Made For life

CMBA-6570.002.0109-2-19

TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO E ASSISTÊNCIA TÉCNICA CMBC-1736-1-2018.

Contrato de prestação de serviços firmado entre a empresa **CANON MEDICAL SYSTEMS DO BRASIL LTDA**, sediada à Avenida Ceci, 328, CEP 06.460-120 – Bairro Tamboré I – Barueri – SP, inscrita no CNPJ sob nº. 46.563.938/0001-10, e **SANTA CASA MIS DONA CAROLINA MALHEIROS**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sob o nº 59.759.084/0001-94, com sede na Rua Carolina Malheiros, nº 92, no Vila Conrado, CEP 13870-720, em São João da Boa Vista, SP, representada na forma de seus atos constitutivos, doravante denominado **CONTRATANTE** resolvem por meio do presente Termo alterar o Contrato firmado entre as partes com data de 23 de novembro de 2018, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto do presente instrumento:

- 1.1 - Alteração do prazo de vigência;
- 1.2 - Do Valor do contrato.
- 1.3 - Alteração da condição de pagamento
- 1.4 - Da Cobertura contratual

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ALTERAÇÕES

2.1 - Fica por meio deste instrumento alterado a vigência do contrato por um período de 12 (doze) meses, a contar da data de 27 de setembro de 2019, modificando desta forma o ANEXO II do contrato e seus aditivos;

2.2 - Por meio do presente instrumento, a partir de 27/09/2019 o valor integral do contrato será de R\$ 166.320,00 (Cento e sessenta e seis mil, trezentos e vinte reais), o valor aqui previsto será reajustado anualmente pela variação do índice IGPM acumulado do período;

2.3 - Por meio do presente instrumento, fica alteada clausula TERCEIRA - **PREÇOS, REAJUSTES E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**, nas sub clausulas 3.1 e 3.3, como segue:

3.1 *Pela prestação dos serviços ora pactuada, o(a) CONTRATANTE pagará à CONTRATADA uma importância integral-especificada na clausula 2.2 deste instrumento.*

3.3 *Para efetiva liquidação do valor devido pela prestação dos serviços Contratados por ocasião dos respectivos vencimentos, o(a) CONTRATANTE deverá emitir na assinatura deste instrumento o empenho ou ordem de pagamento no valor integral de R\$ 166.320,00 (Cento e sessenta e seis mil, trezentos e vinte reais). A CMB expedirá a nota fiscal de serviços, após a confirmação de recebimento do empenho ou da ordem de pagamento.*

Handwritten signatures and stamps at the bottom right of the page.



ORDEM DE SERVIÇO

CLIENTE ID 24959	NOME DO CLIENTE SANTA CASA MIS DONA CAROLINA MALHEIROS	NR. CASO 108568		
ENDEREÇO DE INSTALAÇÃO RUA CAROLINA MALHEIROS - SAO JOAO DA BOA VISTA		TELEFONE 19 3634-1133		
BAIRRO VILA CONRADO	CIDADE SAO JOAO DA BOA VISTA	UF SP	CEP 13870-720	INSCRIÇÃO MUNICIPAL ISENTO
CNPJ 59759084000194	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	EMAIL financeiro@santacasasaojoao.com.br		
RESPONSÁVEL PELO CHAMADO SANTA CASA MIS DONA CAROLINA M	BU CT	DATA CHAMADO 23/11/18	OBSERVAÇÃO DE CONTRATO 8CT-PREM	

INFORMAÇÕES DO EQUIPAMENTO

NUMERO DE CORTES 525286	VERSÃO SOFTWARE SYSTEM ID V11.6 SP002	HORA RADIADOR 0		
GRUPO APARELHO CT	MODELO TSX-033A	NÚMERO DE SÉRIE 13D1722088	CONTRATO ID 6570	VERSÃO DO SOFTWARE V6.0 SP0614E
FALHA RECLAMADA MANUTENCAO PREVENTIVA 3-3				

Tarefa: J50686 Data da Ocorrência: 11/08/2020

FALHA

MANUTENÇÃO PREVENTIVA

Tarefa: J50686 Data da Ocorrência: 11/08/2020 SOLUCAO

Serviço executado: Manutenção preventiva

Efetuada manutenção preventiva conforme check list anexo, ok. Testes gerais de funcionamento ok. Equipamento liberado ao uso.

HORAS GERADAS

DATA	TAREFA	ESPECIALISTA TECNICO	TIPO HORA	HORA INICIO	HORA FIM	HORAS APURADAS
11/08/2020	J50686	FABIO FUMIO TANAKA	TRANSPORTE	07:02:03	10:39:02	03:36:59
11/08/2020	J50686	FABIO FUMIO TANAKA	TRABALHO	10:39:02	17:22:03	06:43:01
11/08/2020	J50686	FABIO FUMIO TANAKA	TRANSPORTE	17:22:03	17:43:02	00:20:59
12/08/2020	J50686	FABIO FUMIO TANAKA	TRANSPORTE	08:15:04	08:15:05	00:00:01

ESPECIALISTA TECNICO RESPONSÁVEL

FABIO FUMIO TANAKA

CONFIRMO(AMOS) QUE OS SERVIÇOS ACIMA MENCIONADOS FORAM EXECUTADOS E O(S) EQUIPAMENTO(S) ESTÃO EM PERFEITO FUNCIONAMENTO.
CONCORDO(AMOS) COM OS VALORES DE HORAS E PEÇAS DESCRITOS E A SALDAR O TOTAL A PAGAR

Giovanna Vaz Idalgo Trevisani

Giovanna Vaz Idalgo Trevisani

ASSINATURA DO CLIENTE

NOME LEGÍVEL

PESQUISA

RECUSA

1 - Contato indicado não estava disponível

