



RELATÓRIO CONCLUSIVO DE ACOMPANHAMENTO DE PARCERIAS

Convênio:	04/2019
Entidade Conveniada:	Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”.
Período analisado:	Quadrimestre (outubro/2020 a janeiro/2021)
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 2.020
Destinatário:	Direção do Departamento Municipal de Saúde

(Handwritten marks)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

SEAC - Setor de Avaliação e Controle

saude_uac@saojoao.sp.gov.br

Trata-se de relatório conclusivo de acompanhamento sobre a execução do Convênio 04/2019 referente ao período acima identificado.

A parceria foi celebrada em 26 de setembro de 2019 e o 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 significa assegurar a continuidade do acesso da população a esses procedimentos.

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 descritas na cláusula sexta do instrumento da parceria.

A vigência da parceria foi estabelecida inicialmente em 12 (doze) meses, com término previsto para o dia 25 de setembro de 2020, entretanto mediante Termo Aditivo houve a prorrogação do Convênio por mais 12 meses a partir de 26 de setembro de 2020 com o valor global de R\$ 106.468,09 (cento e seis mil, quatrocentos e sessenta e oito reais e nove centavos).

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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Quanto à avaliação dos indicadores, a avaliada enviou os seguintes documentos: Relatórios de produção, planilha de monitoramento, cronograma de manutenção preventiva e corretiva, temos os resultados apresentados na sequência. A esse respeito ressaltamos que não havia manutenção preventiva agendada para esse período, razão pela qual não foi enviado o laudo de visita.

Convém assinalar que se trata de uma avaliação em nível operacional baseada nos indicadores que constam no Plano de Trabalho, contudo anexamos o relatório de acompanhamento de aplicação do recurso financeiro realizado no período.

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 (%)
outubro	146	146	100,00
novembro	146	146	100,00
dezembro	147	146	100,68
janeiro	146	146	100,00
Média: 100,17% - Pontos referenciados: 10			
Obs:			

(Handwritten signature)

(Handwritten initials)



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 (%)
outubro	221	182	121,43
novembro	210	182	115,38
dezembro	204	182	112,09
janeiro	199	182	109,34
Média: 114,56 % - 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 (%)
outubro	-	-	-
novembro	-	-	-
dezembro	-	-	-
janeiro	-	-	-
Média: % - Pontos referenciados: indicador prejudicado			
Obs: Não houve manutenção no período avaliado, conforme justificado em planilha de monitoramento. A avaliada segue o cronograma elaborado pela empresa responsável pelas manutenções. A primeira visita foi agendada para o mês de fevereiro/21.			

M



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:

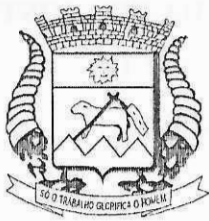
Requisito do indicador	Constatação
Apresentou o contrato vigente	(x) sim () não
Pontos referenciados: 10	

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	() sim () não
Pontos referenciados: indicador prejudicado	
Obs: Não houve manutenção no período avaliado, conforme justificado em planilha de monitoramento. A avaliada segue o cronograma elaborado pela empresa responsável pelas manutenções. A primeira visita foi agendada para o mês de fevereiro/21. Por tal motivo, não foi possível a juntada de laudo técnico, conforme estabelece o indicador.	

5



RESULTADO

Indicador	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Percentual
1 quantitativo	10	10	100,00
2 quantitativo	10	10	100,00
3 quantitativo	-	-	-
4 qualitativo	10	10	100,00
5 qualitativo	-	-	-
Total	30	30	100,00
Percentual alcançado: 100,00%			

Portanto, a entidade conseguiu atingir as metas estabelecidas no Plano de Trabalho, 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, 12 de março 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



RELATÓRIO OFERTADO / AGENDADO / REALIZADO - EXAME

UNIDADE EXECUTANTE: SANTA CASA SJ DA BUA VISTA

PERÍODO: 01-10-2020 a 31-10-2020

CROSS

23-02-2021 13:08

Grupo de Cota	Ofertado	Agendado	Realizado
ENEMA OPACO	3	3	1
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	1	1	1
TOMOGRAFIA	73	72	59
TOMOGRAFIA COM CONTRASTE	73	73	55
TRSD01 - HEMODIALISE - INTERNO	850	718	701
URETRÓCISTOGRAFIA	1	1	0
UROGRAFIA EXCRETORA	8	6	5
Total	1.009	874	822



Josué A. M. Júnior
Gerente Hospitalar



RELATÓRIO OFERTADO / AGENDADO / REALIZADO - EXAME

UNIDADE EXECUTANTE: SANTA CASA SJ DA BOA VISTA

PERÍODO: 01-11-2020 a 30-11-2020

CROSS

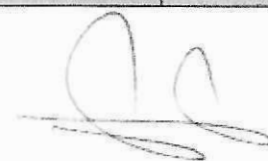
23-02-2021 13:07

Grupo de Cota	Ofertado	Agendado	Realizado
ENEMA OPACO	3	3	1
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	1	1	1
TOMOGRAFIA	73	71	59
TOMOGRAFIA COM CONTRASTE	73	70	55
TRS001 - HEMODIALISE - INTERNO	788	685	669
URETROCISTOGRAFIA	1	1	1
UROGRAFIA EXCRETORA	8	2	2
Total	947	833	788




Josué A. M. Junior
Gerente Hospitalar

Grupo de Cota	Ofertado	Agendado	Realizado
ENEMA OPACO	3	3	2
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	1	1	1
RADIOLOGIA SIMPLES	854	109	109
TOMOGRAFIA	73	72	61
TOMOGRAFIA COM CONTRASTE	74	74	58
TRS001 - HEMODIALISE - INTERNO	1.010	744	730
URETROCISTOGRAFIA	1	1	1
UROGRAFIA EXCRETORA	8	5	3
Total	2.034	1.009	965



Josué A. M. Júnior
Gerente Hospitalar

Exame	Ofertado	Agendado	Realizado
DENSITOMETRIA	3	3	2
ENEMA OPACO	3	3	1
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	1	1	0
RADIOLOGIA SIMPLES	816	123	123
TOMOGRAFIA	73	73	61
TOMOGRAFIA COM CONTRASTE	73	72	47
TRS001 - HEMODIALISE - INTERNO	975	684	673
URETROCISTOGRAFIA	1	1	0
UROGRAFIA EXCRETORA	8	7	5
Total	1.953	967	912



Josué A. M. BRUNO
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: 09.759.084/0001-94

Produção por Exame

Laboratório: 02-RADIOLOGIA

Data da requisição: 01/10/2020 à 31/10/2020

Atendimento Tipo: IAE

Convênio: BPA

Código	Descrição	Conf. Tar.	QTD	PL2	Val. S.F.	Val. C.OP.	Conts.	Filmes	Total
00000213	CI DA COLUNA CERVICAL	0206010010	8	8	0,00	694,08	0,00	0,00	694,08
00000215	CI DA COLUNA LOMBAR	0206010028	10	10	0,00	1.011,00	0,00	0,00	1.011,00
00000217	CI DA COLUNA LOMBO SACRA	0206010028	3	3	0,00	505,50	0,00	0,00	505,50
00000219	CI DA COLUNA DORSAL	0206010036	2	2	0,00	178,52	0,00	0,00	178,52
00000223	CI DA FACE	0206010044	2	2	0,00	178,50	0,00	0,00	178,50
00000240	CI DE MASTOIDES	0206010044	4	4	0,00	347,00	0,00	0,00	347,00
00000272	CI DE SEIOS DA FACE	0206010044	12	12	0,00	2.776,00	0,00	0,00	2.776,00
00000236	CI DO PESCOÇO	0206010052	4	4	0,00	347,00	0,00	0,00	347,00
00000241	CI DAS ORBITAS	0206010060	1	1	0,00	97,44	0,00	0,00	97,44
00000253	CI DE CRANIO	0206010079	69	69	0,00	6.728,36	0,00	0,00	6.728,36
00000263	CI DO FUNDO DIREITO	0206020023	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000261	CI DO PE DIREITO	0206020023	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000268	CI DO OMBRO DIREITO	0206020023	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000267	CI DO TORAX	0206020031	46	46	0,00	4.910,76	0,00	0,00	4.910,76
00000719	CI DO ABDOMEN TOTAL	0206030010	2	2	0,00	277,26	0,00	0,00	277,26
00000245	CI DO ABDOMEN SUPERIOR	0206030010	22	22	0,00	3.049,86	0,00	0,00	3.049,86
00000250	CI DA PELVIS	020603003	14	14	0,00	2.218,08	0,00	0,00	2.218,08
00000246	CI DO ABDOMEN INFERIOR	0206030037	5	5	0,00	693,15	0,00	0,00	693,15
			221	221					24.257,76



Josué A. M. Junior
Gerente Hospitalar

SANTA CASA DE MISERICORDIA 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 : 01/11/2020 a 30/11/2020

Atendimento Tipo :IAE

Convênio: RPA

CODIGO	DEFINIÇÃO	COG. IAE	QTD	RIZ	VAL B.P	VAL C.OP	CONTR.	FILMES	TOTAL
00000223	CT DA COLUNA CERVICAL	0206010010	6	6	0,00	520,56	0,00	0,00	520,56
00000215	CT DA COLUNA LOMBAR	0206010028	5	5	0,00	505,50	0,00	0,00	505,50
00000217	CT DA COLUNA LOMBO-SACRA	0206010036	7	7	0,00	707,70	0,00	0,00	707,70
00000240	CT DE MASTOIDES	0206010042	8	8	0,00	694,80	0,00	0,00	694,80
00000272	CT DE SEIOS DA FACE	0206010044	10	10	0,00	867,50	0,00	0,00	867,50
00000224	CT DA FACE	0206010048	4	4	0,00	347,00	0,00	0,00	347,00
00000239	CT DO PESCOÇO	0206010057	4	4	0,00	347,00	0,00	0,00	347,00
00000253	CT DE CRANIO	0206010079	98	98	0,00	6.020,92	0,00	0,00	6.020,92
00000251	CT DO OMBRO ESQUERDO	0206020023	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000259	CT DO OMBRO ESQUERDO	0206020021	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000262	CT DO PE ESQUERDO	0206020025	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000269	CT DO OMBRO ESQUERDO	0206020023	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000255	CT DO OMBRO DIREITO	0206020028	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000267	CT DO TORAX	0206020041	29	29	0,00	3.955,89	0,00	0,00	3.955,89
00000244	CT DO TORAX ALTA RESOLUCAO	0206020031	2	2	0,00	272,82	0,00	0,00	272,82
00000274	CT DO ABDOMEN SUPERIOR	0206030010	28	28	0,00	3.681,64	0,00	0,00	3.681,64
00000279	CT DO ABDOMEN TOTAL	0206030019	13	13	0,00	1.802,19	0,00	0,00	1.802,19
00000276	CT DA PELVIS	0206030037	6	6	0,00	831,78	0,00	0,00	831,78
00000248	CT DO ABDOMEN INFERIOR	0206030017	14	14	0,00	1.940,82	0,00	0,00	1.940,82
00000218	CT DA BACIA	0206030037	1	1	0,00	138,63	0,00	0,00	138,63
			210	210					23.872,70


 Josué A. M. Junior
 Gerente Hospitalar

SANTA CASA DE MISERICORDIA 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: 09.759.094/0001-94

Produção por Exame

Laboratório: 02-RADIOLOGIA

Data da requisição : 01/12/2020 a 31/12/2020

Atendimento Tipo : IAS

Convênio: BPA

Código	Descrição	Cont. Pac.	QTD	PLD	Val D.E	Val C.O.R	Contr.	Filmes	Total
60000202	CT DA COLUNA CERVICAL	0206010010	3	3	0,00	260,28	0,00	0,00	260,28
60000215	CT DA COLUNA LOMBAR	0206010024	6	6	0,00	606,60	0,00	0,00	606,60
60000217	CT DA COLUNA LOMBO-SACRA	0206010028	5	5	0,00	505,50	0,00	0,00	505,50
60000240	CT DE MASTOIDEAS	0206010044	6	6	0,00	505,50	0,00	0,00	505,50
60000272	CT DE SEIOS DA FACE	0206010048	16	16	0,00	1.388,00	0,00	0,00	1.388,00
60000224	CT DA FACE	0206010044	1	1	0,00	86,71	0,00	0,00	86,71
60000239	CT DO PESCOCO	0206010052	1	1	0,00	86,71	0,00	0,00	86,71
60001742	CT DE SINA TURCICA	0206010060	1	1	0,00	97,44	0,00	0,00	97,44
60000241	CT DAS ORBITAS	0206010040	1	1	0,00	97,44	0,00	0,00	97,44
60000253	CT DE CRANIO	0206010079	80	80	0,00	6.282,40	0,00	0,00	6.282,40
60000267	CT DO TORAX	0206030031	30	30	0,00	4.092,30	0,00	0,00	4.092,30
60001719	CT DO ABDOMEN TOTAL	0206030010	2	2	0,00	277,26	0,00	0,00	277,26
60000245	CT DO ABDOMEN SUPERIOR	0206030010	24	24	0,00	3.327,12	0,00	0,00	3.327,12
60000230	CT DA PELVIS	0206030037	5	5	0,00	693,10	0,00	0,00	693,10
60000246	CT DO ABDOMEN INFERIOR	0206030037	16	16	0,00	2.218,08	0,00	0,00	2.218,08
60000218	CT DA BACIA	0206030037	2	2	0,00	277,26	0,00	0,00	277,26
			204	204					22.816,83



Josué A. M. Junior
 Gerente Hospitalar

SANTA CASA DE MISERICORDIA DONA CAROLINA MALHEIROS
 Rua Carolina Malheiros, 82 - Vila Conrado, São João da Boa Vista - SP
 CEP: 13870-720 Tel: (19) 3634-1133 CNES: 2084228
 CNPJ: 09.759.084/0001-94

Produção por Exame

Laboratório: 02-RADIOLOGIA
 Data da requisição: 01/01/2021 à 31/01/2021
 Atendimento Tipo: IAE
 Convênio: SPA

Exame	Descrição	COD. INCL	QTD	PLA	VAL D.P.	VAL C.OP	CONTR.	FILMES	TOTAL
00000222	CT DA COLUNA CERVICAL	0206010010	3	3	0,00	173,00	0,00	0,00	173,00
00000223	CT DA COLUNA LOMBAR	0206010028	2	2	0,00	202,00	0,00	0,00	202,00
00000224	CT DA COLUNA LOMBO-SACRA	0206010029	1	1	0,00	101,00	0,00	0,00	101,00
00000224	CT DA FACE	0206010044	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000240	CT DE MASTOIDEAS	0206010044	8	8	0,00	694,00	0,00	0,00	694,00
00000272	CT DE SEIÃO DA FACE	0206010044	12	12	0,00	1.041,00	0,00	0,00	1.041,00
00000289	CT DO BESCOÇO	0206010030	3	3	0,00	260,25	0,00	0,00	260,25
00000241	CT DAS ORELHAS	0206010040	3	3	0,00	297,37	0,00	0,00	297,37
00000253	CT DE CRÂNIO	0206010039	67	66	0,00	6.431,04	0,00	0,00	6.431,04
00000228	CT DA NAO DIREITA	0206020017	2	2	0,00	173,00	0,00	0,00	173,00
00000261	CT DO COTOVELO DIREITO	0206020023	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000259	CT DO MÃO ESQUERDO	0206020021	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000262	CT DO PE ESQUERDO	0206020023	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000265	CT DO QUADRIL ESQUERDO	0206020023	1	1	0,00	86,75	0,00	0,00	86,75
00000269	CT DO TORNADO ESQUERDO	0206020023	2	2	0,00	173,50	0,00	0,00	173,50
00000267	CT DO TORAX	0206020031	36	36	0,00	4.010,76	0,00	0,00	4.010,76
00000245	CT DO ABDOMEN SUPERIOR	0206030010	23	23	0,00	3.188,49	0,00	0,00	3.188,49
00000219	CT DO ABDOMEN TOTAL	0206030010	11	10	0,00	1.386,30	0,00	0,00	1.386,30
00000210	CT DA PELVIS	0206030037	2	2	0,00	277,26	0,00	0,00	277,26
00000246	CT DO ABDOMEN INFERIOR	0206030037	16	16	0,00	2.218,08	0,00	0,00	2.218,08
			202	199					22.563,67



A. M. Junior
 vareline Hospitalar



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

para as Manutencões Preventivas para o periodo contratual de 27/09/19 ate

**TOMOGRACO 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:

- Esta(s) data(s) poderá(ão) ser alterada(s) por ambas as partes, desde que avisada (s) com antecedência e formalizadas por e-mail.
- 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.
- 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.

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.

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

10/10/19 Antonio Fernandes Filho
Data Nome por extenso

Antonio Fernandes Filho
De acordo
Antonio Fernandes Filho
Promotor

Atenciosamente,
Matheus Sousa



Na hipótese de, na data acordada e previamente agendada, o equipamento não estar disponível para manutenção preventiva, esta obrigação contratual dar-se-á por concluída, não tendo a Contratante a reclamar em desfavor da Contratada.

Cronograma de Manutenção Preventiva no equipamento Tomografia modelo ALEXION ACCESS série 1301722088 (77469), das 09:30 às 17:00

2021

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
	23			18			13				

20XX

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ

Fica ciente que este documento é extensão do contrato/venda do equipamento acordado por ambas as partes.

10/2/21

Data

Beatriz Mantovani

Nome por extenso

Beatriz Mantovani

[Assinatura]
De acordo

Atenciosamente,

Beatriz Mantovani



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 Ceca, 328, CEP 06.460-120 – Barro Tambore 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 Carolinã Malheiros, nº 92, na 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 - Alteração do Valor do contrato
- 1.3 - 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 2020, modificando desta forma o ANEXO II do contrato e seus aditivos;

2.2 - Por meio do presente instrumento, a partir de 27/09/2020 o valor integral do contrato será de R\$ 177.446,81 (Cento e setenta e sete mil, quatrocentos e quarenta e seis reais e oitenta e um centavos), o valor aqui previsto será reajustado anualmente pela variação do índice IGPM acumulado do período;

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

3.1 *Pela prestação dos serviços ora pactuada, o(a) CONTRATANTE pagará a CONTRATADA uma importância integral especificada na cláusula 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\$ 177.446,81 (Cento e setenta e sete mil, quatrocentos e quarenta e seis reais e oitenta e um centavos). A CMB expedirá a nota fiscal de serviços, após a confirmação de recebimento do empenho ou da ordem de pagamento*



CMBA-6570.003.0109-20

2.4 O valor previsto na cláusula 2.3 corresponde a cobertura de **mão de obra, peças (partes eletrônicas) e 2 (dois) tubos de raios-x ao ano não acumulativo**, não estando inclusos **detector, itens de consumo e os acessórios**. Estarão cobertas somente as peças e tubos de raios-x que apresentarem defeitos que não tenham sido provocados por agentes externos ao sistema.

Modelo	Cobertura	M. Preventiva	M. Corretiva	Valor
ALEXION ACCESS 13D1722088	MO-PEÇAS+2TUBOS DE RX	3 AO ANO	ILIMITADA	R\$ 177.446,81
Valor Integral do contrato				R\$ 177.446,81

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

Permanecem inalteradas as demais condições e cláusulas do contrato original celebrado entre as partes não modificadas por este instrumento, declarando-se nesta oportunidade a ratificação destas.

Os signatários do presente instrumento declaram que, após tomarem ciência de todo o seu conteúdo aqui tratado e estando de acordo, possuem plenos poderes para firmá-lo, obrigando-se a responder pelos atos praticados caso não possuam poderes para a assunção das obrigações aqui dispostas em nome da pessoa jurídica que representam.

E, por estarem justas e acordadas, firmam o presente Termo Aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Data: 28 de Setembro de 2020

CAMILA PÁGNI
FARIA:3135770
7886

Assinado de forma digital
por CAMILA PÁGNI
FARIA:31357707886
Dados: 2020.09.29
13:55:13 -03'00'

CANON MEDICAL SYSTEMS DO BRASIL,
CONTRATADA

STA CASA MIS DONA CAROLINA MALHEIROS,
CONTRATANTE.

Marcia Roberto Franciulli
Provedor
Santa Casa de Misericórdia
Dona Carolina Malheiros

Testemunhas:

Reberlin da Silva Gica
Nome: Reberlin Gica
RG:45.367454-3

Luiza C Rocha Chaveau
Nome: Luiza C Rocha Chaveau

