



Handwritten signature

RELATÓRIO CONCLUSIVO DE AVALIAÇÃO

Convênio nº: 04/2019

Conveniente: Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”

Objeto do Convênio: Custeio da contratação de empresa para realização de manutenção preventiva e corretiva do aparelho do tomografia.

Período: Fevereiro/2020 a Maio/2020

Objeto da Avaliação: Execução das atividades relacionadas ao uso do equipamento de Tomografia.

Trata-se de Relatório sobre as atividades desenvolvidas pela Santa Casa de Misericórdia “Dona Carolina Malheiros”, referentes ao Convênio 04/2019. 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 assegura a continuidade do acesso da população a esses procedimentos.

De outro lado, analisando pela perspectiva econômica, pode representar economia de recursos financeiros com os inúmeros deslocamentos dos pacientes para outros Centros de Referência, para a realização dos exames.

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 poderá ser prorrogado sucessivamente até o limite de 60 (sessenta) meses.

Para a execução do objeto do Convênio foi repassado 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.

Handwritten initials



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

Pela entidade foi apresentado o Plano de Trabalho que definiu a forma de execução das atividades que resultarão 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.

Ao relatório.

O objeto desta parceria é a contratação do serviço de manutenção preventiva e corretiva com o intuito de assegurar o pleno funcionamento do aparelho de Tomografia instalado na entidade e, por conseguinte, dar continuidade a assistência prestada aos pacientes em nível local e regional referenciados pelos respectivos serviços de saúde.

Antes de adentrar ao conteúdo do material avaliado é oportuno ressaltar por motivo da pandemia provocada pelo novo coronavírus não foi realizada um visita presencial ao local onde foi instalado o equipamento.

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.

118



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwiges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

Resultados constatados:

Meses	Exames disponibilizados	Exames contratados (146)	Percentual (%)
fevereiro	146	146	100
março	146	146	100
abril	146	146	100
maio	0*	146	**
Média: 100% - Pontos referenciados: 10			
Obs: * Não foram agendados os exames para a competência maio em razão da pandemia do novo coronavírus. ** Resultado prejudicado			

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 (%)
fevereiro	159	182	87,36
março	349	182	191,75
abril	224	182	123,07
maio	48	182	26,37
Média: 107,14% - Pontos referenciados: 10			
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 programadasx100
Parâmetros de pontuação: Apresentar relatório que comprove a relação entre manutenção realizada/programada. ≥80% = 10 pontos; < 80% não pontua.

e AMB



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwirges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

Resultados constatados:

Meses	Manutenções preventivas realizadas	Manutenções preventivas programadas	Percentual (%)
fevereiro	-	-	-
março	1	1	100
abril	-	-	-
maio	-	-	-
Média: 100% - 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

Handwritten signature and initials



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Oscar Pirajá Martins 1.520 – Bairro Santa Edwiges

E-mail: saude_diretoria@saojoao.sp.gov.br

Resultados constatados:

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

Desse modo, ao concluir esse processo de avaliação constatamos os resultados descritos pelo quadro abaixo:

Indicadores	Qtde	Pontos de cada indicador	Pontuação máxima possível	Pontuação obtida	Percentual (%)
Quantitativos	3	10	30	30	100,00
Qualitativos	2	10	20	20	100,00

Portanto, a entidade conseguiu alcançar a pontuação esperada e, conseqüentemente, não haverá a necessidade de se promover descontos sobre o valor repassado.

Considerando os resultados alcançados, concluímos esse processo de avaliação encaminhando esse relatório para cientificação da Direção do Departamento Municipal de Saúde e remessa aos Orgãos internos de controle.

São João da Boa Vista, 18 de junho de 2020.

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