



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
ESTADO DE SÃO PAULO
COMISSÃO DE LICITAÇÕES
SECRETARIA DE SAÚDE
E-Mail dcls@sjc.sp.gov.br
HTTP://www.sjc.sp.gov.br

CREDENCIAMENTO Nº 001/SS/2018
PROCESSO Nº 14843/2018
ANEXO V

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS

Período de medição: ____/____/201__ a ____/____/201__

Unidade: _____

Número da Autorização de Fornecimento: ____/201__

Empresa executante: _____

Profissional executante: _____

Credenciamento: _____

Valor da consulta médica: R\$ 40,00 (Quarenta Reais)

Quantidade de consultas no período: _____ (_____) consultas(s)

Valor a receber: R\$ _____,00 (_____) Reais)

Avaliação de acompanhamento

A continuidade dos serviços credenciados dependerá de avaliação mensal com pontuação mínima de 7,0 (sete) e máxima de 10,0 (dez) pontos, considerando os critérios descritos no quadro de Avaliação Periódica.

Nos casos em que o credenciado obtiver avaliação mensal, com pontuação inferior a 7,0 (sete), à Secretaria de Saúde analisará a possibilidade de descredenciamento do mesmo.

O credenciado receberá 3,0 (três) pontos se cumprir 100% de frequência no período de medição, 1,0 a 2,0 ponto se tiver cumprido menos de 100% e mais que 80% e não obterá ponto se a frequência for menor que 80%.

Qualquer falta deverá ser comunicada antecipadamente ao Gerente da Unidade Especialidades de Saúde.

As altas deverão ser datadas no sistema informatizado SAMS com o preenchimento obrigatório da contra referência.

O responsável pelo acompanhamento das consultas, nas Unidades da Secretaria de Saúde deverá entregar ao credenciado o relatório de execução de serviços preenchidos e assinado com medição de dia 01 a 30 de cada mês.

A entrega do relatório deverá ocorrer até o último dia de cada mês para que o credenciado possa providenciar a juntada de outros documentos necessários e a nota fiscal ou recibo de prestação de serviços de autônomos (RPA) e protocolar na Gestão de Contratos da Secretaria de Saúde até o 5º dia útil do mês subsequente.



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
ESTADO DE SÃO PAULO
COMISSÃO DE LICITAÇÕES
SECRETARIA DE SAÚDE
E-Mail dcls@sjc.sp.gov.br
HTTP://www.sjc.sp.gov.br

QUADRO DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA

Quadro de Avaliação Periódica Pontos Avaliação Credenciada

QUESITO	PONTOS	PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
1. Frequência exigida no período da medição.	0 a 3,0	
2. Pontualidade de horário para execução das consultas no período de medição.	0 a 3,0	
3. Alta conforme protocolos municipais se > ou = 20% do atendimento realizado – 2 pontos; ou < 10% do atendimento realizado -1 ponto.	0 a 2,0	
4. Atendimento ao edital e atendimento adequado com a equipe do requisitante e com os pacientes atendidos na Unidade Especialidades de Saúde.	0 a 2,0	

TOTAL: _____Pontos

Eu _____, matrícula _____, designada (o) para a fiscalização da execução dos serviços médicos para atendimentos Especializados deste credenciamento, nos termos da legislação vigente e normas correlatas, atesto para fins de pagamento das obrigações pactuadas que os serviços foram executados pelo CREDENCIADO, sendo por mim recebidos e aprovados.

São José dos Campos, ____ de _____ de 201 ____.

Nome por extenso / Assinatura do Responsável pelo Acompanhamento

Atesto que verifiquei as condições estabelecidas no Credenciamento e demais normas aplicáveis e autorizo o pagamento do valor indicado pela fiscalização.

Gestor (a) de Contratos da Secretaria de Saúde

Obs: Caberá ao Gestor de Contratos as providências cabíveis de notificação ao Credenciado e aplicação de penalidade e se necessário o descredenciamento nos casos em que a avaliação do Credenciado não atingir a pontuação mínima estabelecida e informar ao Departamento responsável Secretária de Saúde.