



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 N°
002/SS/2018PROCESSO
N°15478/2018

ANEXO V

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DE SERVIÇOS

Período de medição: __/__/__ a __/__/__ Unidade: _____

Número da Autorização de Fornecimento: _____

Credenciado: _____

Valor da consulta médica: R\$ ____,00 (_____ reais)

	Quantidade no período	Valor no período	OBS:
Consultas			
Atividade/hora			
Total			

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 2,0 (dois) pontos se cumprir 100% de frequência no período de medição, 1,0 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 Básica de Saúde.

QUADRO DE AVALIAÇÃO PERIÓDICA

Quadro de Avaliação Periódica Pontos Avaliação Credenciada

QUESITO	PONTOS	PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
1. Frequência exigida no período da medição (reagendamentos, faltas)	0 a 2,0	
2. Pontualidade de horário para execução das consultas no período de medição.	0 a 2,0	
3. Qualidade do atendimento (comunicação, empatia, registro em prontuário eletrônico, ética, cumprimento com os protocolos de atendimento)	0 a 3,0	
4. Trabalho em equipe, participação das atividades propostas pela equipe (linhas de cuidado, atendimento domiciliar, reuniões) comunicação, empatia, ética	0 a 3,0	

TOTAL: _____ Pontos



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

Observações: 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.

Eu _____, matrícula _____, designada (o) para a fiscalização da execução dos serviços médicos para atendimento ambulatorial – consultas - clínico geral, ginecologista médico da família e comunidade e pediatra 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 202__.

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.