



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE

Anexo II da NI 37/2011
Relatório de Acompanhamento e Fiscalização de Contrato

| | |
|--|--|
| Nº do Contrato: | XX/20XX |
| Empresa Contratada: | Medicompany Ltda. |
| Objeto do Contrato: | Fornecimento de Medicamentos |
| Vigência do Contrato ou Aditamento: | 01/01/20XX a 31/12/20XX |
| Representante da Empresa: | João Pedro Magalhães |
| Fiscalizador do Contrato: | Carlos Augusto Souza – Cfe. Portaria nº xxxxxxxx |

Registro das Ocorrências relacionadas com a Execução do Contrato

| DATA | OCORRIDO E/OU NECESSIDADE DE REGULARIZAÇÃO | PRAZO PARA SOLUÇÃO | RESULTADO |
|-------------|--|-------------------------------|--|
| 13/07/20xx | A empresa apresentou a Nota Fiscal do mês de abril com os valores unitários discrepantes do valor total. Solicita-se que a empresa efetue a troca do referido documento fiscal, para que seja providenciado a liquidação e pagamento. | 20/07/20xx | REGULAR. A empresa regularizou a situação e cumpriu o prazo proposto. |
| 15/08/20xx | A empresa realizou a entrega de um lote de medicamentos nesta data. Observou-se no ato de recebimento que o prazo de validade do medicamento XY não estava de acordo com o exigido no edital de licitação e termo de contrato, mas a diferença era de apenas 02 (dois) meses. Para não acarretar problemas maiores, o Município decidiu por receber tais produtos, pois a empresa garantiu (através de Termo de Obrigação) a repor tais medicamentos, se os mesmos não forem utilizados até atingirem 15% do seu prazo de validade. Ressalta-se que este procedimento só foi realizado desta forma porque o medicamento XY possui grande demanda em nosso Município. | - | REGULAR. Os medicamentos em evidência foram dispensados na totalidade antes dos prazos de validade atingirem o percentual para troca. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Município, XX de XXXXXXXX de XXXXXX.



ESTADO DE MATO GROSSO
PREFEITURA MUNICIPAL DE FIGUEIRÓPOLIS D'OESTE

Anexo II da NI 37/2011
Relatório de Acompanhamento e Fiscalização de Contrato

REPRESENTANTE DA EMPRESA*

FISCALIZADOR DO CONTRATO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

*Este item só deverá ser assinado se houver necessidade da empresa tomar conhecimento dos fatos acima descritos.