PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

Autarquia Hospitalar Municipal
Hospital Municipal Dr Arthur Ribeiro de Saboya

ATESTADO DE MEDIÇÃO DE SERVIÇOS

Interessado:	AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL
Destinatário:	GERENCIA DE CONTRATOS
Contratada:	**MOGAMI IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA.**
Objeto:	**Locação de equipamentos videocirúrgicos, instrumentais cirúrgicos e respectivos serviços de instrumentação cirúrgica para realização de procedimentos videocirúrgicos na especialidade de cirurgia geral, urologia e ginecologia nas unidades da Autarquia Hospitalar Municipal**
Nº Processo Adm. Origem:	**6110.2019/0000418-0**
Nº Termo de Contrato:	***Indenizatório***
Período de Medição:	**01/03/2026 a 31/03/2026 ,**
Instrumentadora:	***Jamille Vitória da Silva***

Atestamos, para os devidos fins, que os serviços prestados pela empresa **MOGAMI IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA** à esta Unidade de Saúde **no período de 01/03/2026 a 31/03/2026,** por nós supervisionados e fiscalizados, cujos documentos comprobatórios encontram-se arquivados nesta Unidade, foram executados e considerados:

Unidade	A contento / não a contento*
Hospital Municipal "Dr Arthur Ribeiro de Saboya"	**A Contento**

* Não a contento deverá vir acompanhado do "Relatório de Ocorrências Administrativas e Técnicas" com as devidas justificativas.

São Paulo, 01 de Abril de 2026

Andréa C. Sanchez
COREN-SP 93.185 - ENF
Coordenadora CC

Reginaldo Pires de Toledo
Gestor Administrativo
RF: 878.1
H. M. Dr. Arthur Ribeiro de Saboya
Diretoria Administrativa

Dr. Francisco de S. Collet e Silva
Diretor Técnico
R.F. 558.538.4/1 - CRM - 46349
Hosp. Mun. Dr. Arthur R. de Saboya
Diretoria Técnica

Formulário 04 – DAF – Versão A – 30/05/08

MOGAMI

Descrição	Quantidade	OBSERVAÇÃO
PINÇA BIPOLAR TIPO MARYLAND + CABO	3	
PINÇA WINTER CURVA	3	
PORTA AGULHA PONTA CURVA	3	
PROBE DE APALPAÇÃO	3	
REDUTOR 10MM PARA 5MM	3	
REDUTOR DE ACOPLAR DE 10MM PARA 5MM	3	
TESOURA CURVA 5MM X 36CM	3	
TROCATER 10MM C/ TORNEIRA	6	
TROCATER 5MM C/ TORNEIRA	9	

São Paulo, 1 de abril de 2026

Assessora Técnica Responsável: Jamilly Vitória da Silva

Andrea C. Sanchez
COREN-SP 93.185 - ENF

Responsável do Hospital: _____

Contagem realizada em: 1 abril 2026

MOGAMI

Inspeção Periódica

REF. AO CONTRATO - INSTRUMENTAIS DE VIDEO

DADOS DO HOSPITAL	
HOSPITAL: Barbara Ribeiro de Sobrosa	
ENDEREÇO: Av. Francisco de Paula	
BAIRRO: Pinheiros	CIDADE/ UF: SP
CEP: 04133-020	TEL: 11 3994 8380
RESPONSÁVEL:	

INSTRUMENTAIS

Descrição	Quantidade	OBSERVAÇÃO
ADAPTADOR E MANGUEIRA DO PACIENTE	3	
APLICADOR P/LT300 (VERDE)	3	
APLICADOR P/LT400 (AMARELO)	1	
ASPIRADOR E IRRIGADOR	3	
CABO DE FIBRA OTICA DE 3,00MM X 4,8MM	1	
CABO MONOPOLAR MACHO / FÊMEA	3	
CANULA DE PUNÇÃO E INJEÇÃO AGULHA	3	
EMPUNHADURA COM CREM.	18	
EMPUNHADURA SEM CREM.	18	
ESTOJO PERFURADO – BANDEJA	3	
ESTOJO PERFURADO - ÓTICAS	6	
GANCHO HOOK 5MM X 36CM	6	
MANDRIL 10MM	6	
MANDRIL 5MM	9	
MANIPULADOR UTERINO COM PINÇA POZZI	1	
OTICA 10MM 30 GRAUS	3	
ÓTICA 10MM X 344MM 0°	1	
ÓTICA 4MM X 302MM 30°	2	
PINÇA APREENSÃO 2 X 4 DENTES (TIPO CACHORRINHO)	3	
PINÇA APREENSÃO ATRAUMATICA CURVA FENESTRADA (TIPO ALÇA)	6	
PINÇA APREENSÃO FENESTRADA	6	
PINÇA P/ VESICULA FENESTRADA	6	
PINÇA APREENSÃO REFORÇADA (TIPO TATUZINHO)	3	
PINÇA CACHORRÃO 2X3 10MM	3	
PINÇA DISSECÇÃO MARYLAND	3	
PINÇA DISSECÇÃO MIXTER	3	

MOGAMI
ESPECIALISTA EM SAÚDE

Inspeção Periódica

REF. AO CONTRATO - SET DE VIDEO

DADOS DO HOSPITAL	
HOSPITAL: Dr Carlos Ribeiro de Sobrosa	
ENDEREÇO: Rua Francisco de Paula	CIDADE/ UF: SP
BAIRRO: Jaraguara	TEL: 11 3994 8380
CEP: 0933 - 020	
RESPONSÁVEL:	

EQUIPAMENTOS	
MONITOR	
TELA *(Identificar a imagem conforme padrão)*	( ) Imagem ( ) Sem arranhões ( ) Regulado conforme padrão ( ) Comunicação SCM Ok
SINAL CONECTADO	( )VIDEO ( )S-VHS ( )RGB ( )DVI ( )HDMI ( )SDI
MICROSCÓPIO	
CABEÇA DE CÂMERA *(Testar comandos e integridade do endocoupler)*	( ) Acionamento das funções Ok ( ) Reguladores de Foco Ok
GRAVAÇÃO *(Testar processo de gravação, se possível verificar a qualidade do vídeo)*	( ) Gravação Ok ( ) Comando de Pausar Ok ( ) Comando de Reset Ok ( ) Comando de Foco Ok
INSUFLADOR	
FUNCIONAMENTO *(Checar funcionamento padrão com balão, saída de gás, litragem e fluxo)*	( ) Ajuste de Pressão Ok ( ) Leitura de Pressão Ok ( ) Oclusão Ok ( ) Fluxo Alto Ok ( ) Fluxo Baixo Ok ( ) Leitura de Cilindro Ok
FOCO	
FUNCIONAMENTO *(Identificar o acendimento correto e a qualidade da saída de luz)*	( ) Acendimento Ok ( ) Regulagem Luminosa Ok

São Paulo, 1 de abril de 2026

Assessora Técnica Responsável: Jamile Vitorio da Silva

Responsável do Hospital: Andrea C. Sanchez COREN-SP 93 185 - ENF

Contagem realizada em: 1 abril 2026

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Autarquia Hospitalar Municipal

AHM

ANEXO II - AVALIAÇÃO DO ACORDO DE NÍVEL DE SERVIÇO DE VIDEOLAPAROSCOPIA

	PROCEDIMENTO	Sim	Não	Pontos
1.1	O equipamento encontrava-se em pleno funcionamento (S = 2 pontos)	2		
1.2	As caixas encontravam-se completas e os instrumentais limpos (S = 2 pontos	2		
1.3	Os equipamentos e caixas encontravam-se limpos (S = 1 ponto)	1		
1.4	O procedimento foi realizado no horário e duração previtos (S = 1 ponto	1		
1.4.1	Responder somente se a resposta o item 1.4 tenha sido Não. A não realização do procedimento foi por intercorrência clínica do paciente (registrado no porntuário).			
Subtotal - Procedimento (máximo) = 6 pontos		6		

	INSTRUMENTADOR	Sim	Não	Pontos
2.1	Instrumentador identificado e com crachá (S = 1 ponto)	1		
2.2	Instrumentador usava EPI adequado (S = 1 ponto)	1		
2.3	Instrumentador desempenhou adequadamente suas funções (S = 3 pontos)	3		
2.4	Instrumentador cumpriu os horários pré-estabelecidos (S = 2 pontos)	2		
Subtotal - Instrumentador (máximo) = 7 pontos		7		

TOTAL DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SERVIÇO		
	Sim	Não
Houve intercorrência por parte do instrumentador ou do equipamento e instrumentais que impediu o pocedimento. Notificar a AHM por fita grave. Penalidade conforme clausulas contratuais.		x

Faixa de pagamento conforme avaliação de serviço prestado
A - 11 a 13 pontos = 100%
B - 08 a 10 pontos = 90%
C - 07 a 09 pontos = 80%
D - Menos de 7 pontos = 70%

Nos casos de B, C e D a empresa obrigatoriamente deverá efetuar justificativa em até 5 dias úteis para apreciação da AHM e farão do processo e análise de não conformidade grave. O não envio ou a avaliação de não procedência da justificativa presentada implicará na punição contratual nos termos da clausula de penalidade do contrato.

Unidade
Nome, RF

Andrea C. Sanchez
COREN-SP 98.185-ENF

Gestor do Contrato AHM
Nome, RF
Reginaldo Pires de Toledo
Diretor Administrativo
RF: 878.266.1/4
H. M. Dr. Arthur Ribeiro de Saboya

Empresa
Nome, RG

Claudia M. Arquioli
15-541774-5
Claudia Arquioli
Coord. Tecnica
Tel: (11) 98533-0103
MOGAMI INPE.EXP.LTDA

No caso do prestador não concordar em assinar a Avaliação de Nível de Serviço, as testemunhas abaixo estão cientes e atestam que a avaliação ocorreu e o funcionário da empresa foi devidamente cientificada.

Testemunho 1
Nome e RF

testemunho 2
Nome e RF