



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO
Sec. Municipal de Saúde e Higiene

1813 hora
20. 08. 2020
262

EXERCÍCIO DE 2020

FMS

Referência: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR UHS S DO ALTO

Assunto: ~~REFASSO~~

emitido em 20 / 08 / 2020



20-08-2020

Processo Nº 1813/2020

FR - SUS

Ordem de Pagamento Nº

521

Empenho Nº 262

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO



Rua Júlio Vieitas, 88 - Centro - São Sebastião do Alto - RJ
 CGC 28.645.786/0001-13 - Tel : (024) 559.1160

Divisão

Folha 1 de 1

PROB. 1813/2020
 02

Cod. Orc. :

Prazo Entrega

CIF

POB

TIPO DE PROCESSO : A - | AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO | / P - | PRESTAÇÃO DE SERVIÇO |

CÓDIGO FORNECEDOR : 000302

NOME: ASSOCIACAO HOSPITALAR DE SAO SEBASTIAO DO ALTO.

ENDEREÇO : RUA - MINISTRO FRANCISCO DORNELLES - 69 Bairro ::

TELE:

CIDADE : SAO SEBASTIAO DO ALTO -RJ.

CEP :

Estado ::

CGC: 28.646.628/0001-88

OBSERVAÇÕES : REPASSE P/ ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR

ITEM	DESCRIÇÃO:	UN	QUANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
1	REPASSE		1	RS299.497,5	RS299.497,52
TOTAL GERAL					RS299.497,52

Total p/Extenso : DUZENTOS E NOVENTA E NOVE MIL QUATROCENTOS E NOVENTA E SETE REAIS E CINQUENTA E

DATA EMISSÃO :

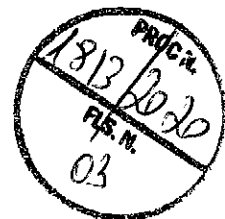
DATA DA ENTREGA :

ACEITE FIRMA :

ACEITE PREFEITURA :

Claudiane dos S. Petrami Rodrigues
 Secretária Municipal de Saúde e Higiene
 Matr. 004/03

28062 2020



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E HIGIENE
Rua Dr. Eurico Cerbino, 118 - Centro S. S. do Alto - RJ - 28550-000.
Telefone: (22) 2559-1212
CNPJ: 11.174.211/0001-67

M E M O R A N D O = 0 6 4 / 2 0 2 0

Data: 20 de agosto de 2020
Para: Secretaria Municipal de Fazenda
Assunto: Repasse ao HSS.

Senhor Secretário,

Venho por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria, que se digne autorizar os referidos repasses abaixo relacionados para o Hospital São Sebastião:

- Referente a Recursos covid federal:

R\$ 299.499,52 (duzentos e noventa e nove mil quatrocentos e noventa e nove reais e cinquenta e dois centavos).

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

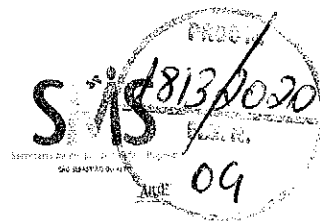
Claudiane dos Santos Pietrani Rodrigues
Secretária Municipal de Saúde e Higiene

A Ilmo. Senhor
Secretário Municipal de Fazenda
São Sebastião do Alto.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E HIGIENE

Rua Dr. Eurico Cerbino, 118, centro S. S. do Alto – 28550-000
CNPJ: 11.174.211/0001-67 – tel.: 22-2559. 1338 Fax: 22-25591204



ATA DA 7ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 001/2020

1
2 Às 09h do dia 3 de agosto do ano de dois mil e vinte, na Secretaria Municipal de Saúde e
3 Higiene de São Sebastião do Alto, no setor de Controle e Avaliação, situada à Rua Dr.
4 Eurico Cerbino, nº 118, na cidade de São Sebastião do Alto/RJ, foi realizado a 7ª reunião
5 da Comissão de Acompanhamento do Convênio nº 001/2020 do fundo municipal de saúde,
6 firmado com a Associação Hospitalar de São Sebastião do Alto, e contou com a presença
7 dos seguintes membros: representantes da Associação Hospitalar, Maihara de Souza
8 Almeida, Karina Pietrani Conceição Palagar; representantes da Secretaria Municipal de
9 Saúde e Higiene Fernanda de Almeida e representante do Conselho Municipal de Saúde,
10 Elis Regina da Costa, além da presença de Leonardo dos Santos Soares representando a
11 Associação Hospitalar. Iniciando os trabalhos, foram analisadas as metas qualitativas do
12 mês de julho de 2020. Após avaliação do Documento Descritivo e do relatório de avaliação
13 enviado pela Associação Hospitalar atestamos o cumprimento de 100%, sendo autorizado
14 o repasse federal da quantia de R\$ 63.298,51 (sessenta e três mil, duzentos e noventa e
15 oito reais e cinquenta e um centavos), correspondente aos 60% do valor pré-fixado
16 definido no Convênio; 100% referente ao repasse municipal o valor de R\$ 195.000,00
17 (cento e noventa e cinco mil reais) e 100% referente ao repasse municipal (suplementar)
18 o valor de R\$ 41.400,00 (quarenta e um mil e quatrocentos reais). Em relação às metas
19 quantitativas foi analisado também o mês de julho de 2020. Após avaliação da produção
20 apresentada atestamos o cumprimento de 100% da meta federal, sendo autorizado o
21 repasse da quantia de R\$ 42.199,01 (quarenta e dois mil, cento e noventa e nove reais e
22 um centavo), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Das
23 metas municipal, atestamos o cumprimento de 100% (recurso municipal), sendo
24 autorizado o repasse da quantia de R\$ 130.000,00 (cento e trinta mil reais),
25 correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. De acordo com os
26 parágrafos quinto e sexto do Convênio nº 001/2020, decidimos pelo pagamento de 100%
27 do repasse municipal (suplementar), sendo autorizado o repasse de R\$ 27.600,00 (vinte e
28 sete mil seiscentos reais), referente a excedente de procedimentos/cirurgias. Total geral
29 avaliado e a ser repassado de acordo com as metas qualitativas e quantitativas, referente
30 ao mês de julho de 2020: R\$ 499.497,52 (quatrocentos e noventa e nove mil,
31 quatrocentos e noventa e sete reais e cinquenta e dois centavos), conforme relatório em
32 anexo do Controle e Avaliação. Não tendo mais nada a ser discutido, a ata foi lida,
33 aprovada e assinada por todos os representantes.
34

LSSoares

João

ANEXO I - DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS FEDERAL

18/13/2020
05

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2020

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

ATENÇÃO A SAÚDE (AÇÕES)	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS		
	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
Comissão de Revisão de Óbitos. (2%) - Resolução CREMERJ nº 40 de 07 de fevereiro de 1992- Resolução SES nº 1.342 de 13 de maio de 1997 / Anexo II da Portaria nº. 170 de 17 de dezembro de 1993.			
1. Portaria da designação da Comissão de Óbitos atualizada, Regimento Interno e livro ata das reuniões mensais.	X		
2. Apresentar mensalmente ao Gestor Municipal relatório da Comissão de Revisão de Óbitos com análise de 100% dos óbitos ocorridos por faixa etária, sexo, idade e setor de internação, discriminado por mês, e com medidas adotadas para redução da mortalidade (caso pertinente). OBS: Minimamente os relatórios deverão conter os seguintes itens: a) Introdução; b) Metodologia - como e onde foram obtidos os dados; c) Resultados encontrados e análises; d) Conclusões e sugestões.	X		
3. Apresentar mensalmente ao Gestor Municipal as fichas de investigação de óbitos fetal, infantil e materno conforme modelo definido pela SVS/MS, seguindo fluxo estabelecido pelo gestor municipal. Disponível no site: www.saude.gov.br/ acesso direto/secretarias/secretaria de vigilância em saúde/análise de situação de saúde/vigilância do óbito/instrumentos de coleta/ óbito infantil e fetal (F2 e I2) e óbito materno (M2).	X		
Comissão de Revisão de Prontuários (Obrigatório 2%) - Resolução nº. 41 de 07 de fevereiro de 1992 - Anexo II da Portaria nº. 170 de 17 de dezembro de 1993.			
1. Apresentar mensalmente relatório ao Gestor Municipal contendo: qualidade dos registros / controle de preenchimento / guarda dos prontuários, ficha de atendimento e boletim de emergência no que se refere a confidencialidade, integridade, fácil acesso e sigilo profissional. OBS: Minimamente os relatórios deverão conter os seguintes itens: a) Introdução; b) Metodologia - como e onde foram obtidos os dados; c) Resultados encontrados e análises; d) Conclusões e sugestões.	X		
2. Quantidade de prontuários avaliados mensalmente (base total de internação mensal).	X		
3. Relatório mensal com % dos prontuários com registros adequados (base relatórios avaliados).	X		
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (Obrigatório 2%)			
1. Apresentar mensalmente ao Gestor Municipal os relatórios elaborados pela CCIH. OBS: Minimamente os relatórios deverão conter os seguintes itens: a) Introdução; b) Metodologia - como e onde foram obtidos os dados; c) Resultados encontrados e análises; d) Conclusões e sugestões.	X		
2. Disponibilizar para o público e corpo clínico o acompanhamento das taxas de infecção por setores. (Apresentar os formulários ou gráficos disponibilizados com o devido recebimento dos responsáveis pelos setores e foto dos murais).	X		
3. Encaminhar ao Gestor Municipal as fichas de notificação quando da ocorrência ou suspeita de doenças ou agravos de notificação compulsória ou a ficha de notificação negativa quando for o caso. Apresentar a relação mensal das notificações enviadas. (Portaria GM nº. 104 de 25/01/2011).	X		
Participação nas políticas prioritárias do SUS.			
Política Nacional de Medicamentos (Obrigatório 2%)			
1. Apresentar mensalmente responsabilidade técnica do farmacêutico atualizada.	X		
2. Apresentar uma padronização mínima de medicamentos essenciais que atendam as patologias mais frequente da clientela do hospital. (Apresentar relação mensalmente para o gestor municipal).	X		
3. Apresentar protocolos e fluxos para distribuição, controle e estocagem dos medicamentos.	X		
Alimentação e Nutrição (Obrigatório 2%) - Lei: RCD nº 216, 15/09/2004			
1. Apresentar protocolos clínico-nutricionais para dietoterapia e exames: hipertensão arterial, cardiopatia, diabetes mellitus, pré e pós operatório, desnutrição, nutrição enteral, diferenciados para as fases do ciclo da vida (crianças, adultos e idosos).	X		

1813/2020
06

ANEXO I - DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS FEDERAL

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2020

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

2. Comprovação de controle de condições da higiene e saúde dos manipuladores (exames periódicos semestrais, conforme previsto na legislação (EPF, glicemia, hemograma completo e micológico).	X		
3. Apresentar comprovação de curso para manipuladores de alimentos de todos os profissionais do serviço.	X		
4. Apresentar mensalmente responsabilidade técnica do nutricionista atualizada.	X		
· Saúde Materno-Infantil/ HIV/ DST/ AIDS (Obrigatório 2%) - n° 1.459, de 24 de junho de 2011.			Portaria
1. Garantir a gestante acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Apresentar livro de controle com nome e contato do acompanhante).	X		
2. Aplicar a 1ª dose da vacina contra a Hepatite B na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. (Apresentar livro com as estatísticas).	X		
3. Implementar rotina de orientações para a puérpera (quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e de cuidados com o bebê; aleitamento materno; seus direitos e deveres, etc.) Apresentar comprovante das ações.	X		
GESTÃO HOSPITALAR (Obrigatório 2%)			
1. Apresentar plano diretor do hospital atualizado. (histórico da instituição, missão, avaliação institucional, metas).	X		
2. Elaborar e fixar em locais visíveis rotinas técnicas e operacionais de cada setor do hospital (centro cirúrgico, enfermarias, farmácia, etc).	X		
3. Manter sistema de informação (banco de dados capaz de emitir relatórios e faturamento). (mínimo: planilha com gastos dos principais setores, custo médio do paciente).	X		
4. Apresentar certificado da realização do controle de vetores e controle de potabilidade da água.	X		
5. Apresentar plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Resolução RDC-306/04	X		
6. Estar o estabelecimento sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço (responsável técnico junto ao CREMER)/COREN)	X		
7. O Cadasstro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) atualizado.	X		
· PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS			
· Serviços de Leitos de Retaguarda em Clínicas Médicas (Obrigatório 2%) -			
1. Apresentar mensalmente relatório com o quadro de horário de escalas de sobreaviso das especialidades médicas de ortopedia, clínica médica, pediatria, cirurgia geral e obstetrícia.	X		
2. Apresentar mensalmente relatório dos pacientes que utilizarem os serviços de sobreaviso.	X		
3. Disponibilizar recursos físicos e profissionais que visem garantir a realização de serviços pelo período de 24 horas, devidamente comprovados em escalas de serviços médicos.	X		
4. Elaborar e fixar em locais visíveis a escala de sobreaviso pelo diretor médico responsável.	X		

DATA: 03/08/2020

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: BSSoures

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: _____

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: [Assinaturas]

ANEXO IV- DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS - RECURSO MUNICIPAL

PERÍODO: JANEIRO A DEZEMBRO DE 2020


NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

1813/2020
07

Saúde do Trabalhador (Obrigatório 2%)	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS		
	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
1. Apresentar mensalmente ao Gestor Municipal relatório de doenças (lesões) freqüentes relacionadas ao trabalho envolvendo todos os PROFISSIONAIS DA UNIDADE, discriminadas mensalmente e exames periódicos de saúde, conforme previsto na legislação.	X		
2. Apresentar mensalmente ao Gestor Municipal relatório do serviço de dosimetria dos profissionais que utilizam dosímetro nos serviços de radiologia (quando dispôr do serviço).	X		
3. Definir protocolo e garantir atendimentos e acompanhamentos para os casos de acidente biológico e notificar mensalmente todos os acidentes com material pérfuro-cortante por profissional. Apresentar o fluxo e o protocolo de atendimento que deverá estar disponível e visível para todos os profissionais da instituição.	X		
HumanizaSUS (Obrigatorio 2%)			
1. Apresentar mensalmente relatório ao Gestor Municipal contendo dados sobre o funcionamento de ouvidoria, o fluxo utilizado para o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e respostas das manifestações recebidas. OBS: Minimamente os relatórios deverão conter os seguintes itens: a) Introdução; b) Metodologia - como e onde foram obtidos os dados; c) Resultados encontrados e análises; d) Conclusões e sugestões	X		
2- Implementar um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (PNH).	X		
3. Disponibilizar recursos físicos que visam garantir a segurança e integridade físicas dos usuários e tabaihadores: Sistema de sinalização interna (identificação dos serviços); adoção de medidas de segurança (barreira de proteção, alerta de piso escorregadio).	X		
DATA: 03/08/2020			

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: _____

ANEXO V - DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS - RECURSO MUNICIPAL EXTRA

18/3/2020
08

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2020

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

ATENÇÃO A SAÚDE (AÇÕES)	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS		
	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
1- Manter o serviço de urgência / emergência funcionando 24 horas com um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem.	X		
2- Implantar o serviço de fisioterapia para os pacientes internos e/ou acamados.	X		
3- Implementar o serviço móvel em eventos festivos, quando solicitados pelo município.	X		
4- Fazer a coleta de resíduos de saúde de ordem infectante e químico da Secretaria Municipal de Saúde e dos Postos de Saúde do Município	X		

DATA: 03/08/2020

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: João Soares

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: _____

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: 

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO POA x PRODUÇÃO REALIZADA - JULHO 2020 - RECURSO FEDERAL

18/13/2020
09

PREMISSA	
95 a 105%	100%
81 a 94%	80%
70 a 80%	70%

Valor Pré-Fixado	
105.497,52	
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
42.199,01	63.298,51

INTERNAÇÃO		Jul/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	9	8
Obstetria	3	1
Clinica Medica	42	41
Pediatria	6	3
Total	60	53

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	89%
Obstetria	33%
Clinica Medica	98%
Pediatria	50%
% (Teto Maximo 40 %)	88%

AMBULATÓRIO		Jul/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	

..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	2.000	2.000
..0204-Diagnóstico por radiologia	285	285
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	40	40
..0206-Diagnóstico por tomografia	50	50
..0209-Diagnóstico por endoscopia	30	29
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	50	50
..0214-Diagnóstico por teste rápido		
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	2.455	2.454
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	2.011	2.500
..0302-Fisioterapia	-	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	18	18
Total Grupo Procedimentos Clínicos	2.029	2.518
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa		
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
Total Procedimentos Cirúrgicos		
Total Ambulatorial	4.484	4.972

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
..0201-Coleta de Material	
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	
..0204-Diagnóstico por radiologia	
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	
..0209-Diagnóstico por endoscopia	
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	
..0214-Diagnóstico por teste rápido	
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	100%
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
Total Grupo Procedimentos Clínicos	124%
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
Total Procedimentos Cirúrgicos	0%
Média % Ambulatorial (Teto Maximo 60 %)	112%

INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO	100%
---------------------------------	-------------

VALOR DEFINIDO	42.199,01
-----------------------	------------------

DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS	
--	--

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO POA x PRODUÇÃO REALIZADA - JULHO 2020 RECURSO MUNICIPAL

1813/2020
10

PRÉMISSA	
95 a 105%	100%
81 a 94%	80%
70 a 80%	70%

Valor Pré-Fixado	
325.000,00	
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
130.000,00	195.000,00

INTERNAÇÃO		Jul/20	
QUANTITATIVO REALIZADO	POA		
Cirurgia	5		2
Obstetria	-		5
Clinica Medica	10		5
Pediatria	3		
Total	18		12

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	40%
Obstetria	0%
Clinica Medica	50%
Pediatria	100%
% (Teto Maximo 40%)	67%

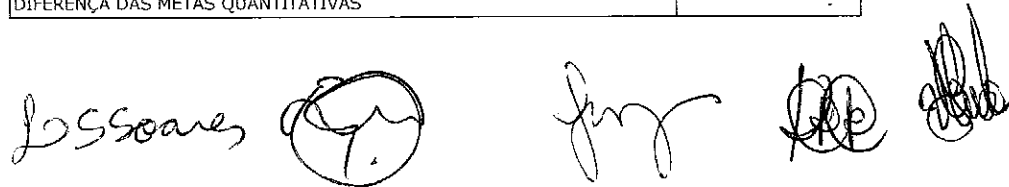
AMBULATÓRIO		Jul/20	
QUANTITATIVO REALIZADO	POA		
..0201-Coleta de Material			
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	700		780
..0204-Diagnóstico por radiologia	106		106
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	8		25
..0206-Diagnóstico por tomografia	100		50
..0209-Diagnóstico por endoscopia	4		-
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	40		35
..0214-Diagnóstico por teste rápido	200		215
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	1.158		1.211
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	3.000		3.550
..0302-Fisioterapia			
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	15		56
Total Grupo Procedimentos Clínicos	3.015		3.606
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	200		347
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço			
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular			
Total Procedimentos Cirurgicos	200		347
Total Ambulatorial	4.373		5.164

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
..0201-Coleta de Material	
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	
..0204-Diagnóstico por radiologia	
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	
..0209-Diagnóstico por endoscopia	
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	
..0214-Diagnóstico por teste rápido	
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	105%
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
Total Grupo Procedimentos Clínicos	120%
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
Total Procedimentos Cirurgicos	174%
Média % Ambulatorial (Teto Maximo 60%)	133%

INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO	100%
---------------------------------	-------------

VALOR DEFINIDO	130.000,00
-----------------------	-------------------

DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS	-
-----------------------------------	---



HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO POA x PRODUÇÃO REALIZADA - JULHO 2020 RECURSO MUNICIPAL EXTRA

18/13/2020
19

PREMISSA	
95 a 105%	100%
81 a 94%	80%
70 a 80%	70%

Valor Pré-Fixado	
69.000,00	
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
27.600,00	41.400,00

INTERNAÇÃO		Jul/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia		
Obstetria	3	3
Clinica Medica		
Pediatria		
Total	3	3

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	0%
Obstetria	100%
Clinica Medica	0%
Pediatria	100%
% (Teto Máximo 60%)	100%

AMBULATÓRIO		Jul/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material	1.290	1.290
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	53	53
..0204-Diagnóstico por radiologia		
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia		
..0206-Diagnóstico por tomografia	-	-
..0209-Diagnóstico por endoscopia	-	-
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	-	-
..0214-Diagnóstico por teste rápido	70	70
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	1.413	1.413
..0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	1.707	1.707
..0302-Fisioterapia	304	304
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	335	335
Total Grupo Procedimentos Clínicos	2.346	2.346
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa		
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
Total Procedimentos Cirúrgicos		
Total Ambulatorial	3.759	3.759

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
..0201-Coleta de Material	
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	
..0204-Diagnóstico por radiologia	
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	
..0209-Diagnóstico por endoscopia	
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	
..0214-Diagnóstico por teste rápido	
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	100%
..0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
Total Grupo Procedimentos Clínicos	100%
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
Total Procedimentos Cirúrgicos	0%
Média % Ambulatorial (Teto Máximo 40%)	100%

INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO	100%
VALOR DEFINIDO	27.600,00
DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS	-

BSSoares

feroz

1813/2020
FLS. N.
12

Estado do Rio de Janeiro
Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
Fundo Municipal de Saúde
Contadoria do Fundo de Saúde
CNPJ 11.174.211/0001-67

Fonte de Rec: COVID 19 - UNIÃO
000262/2020 Global Extraordinário

Orgao: 01 Fundo Municipal de Saúde
Dotacao: 103050012 1.043 3350.41.00.00 CONTRIBUIÇÕES
Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde
Conta: 730

Credor: 921 ASSOCIACAO HOSPITALAR DE S.S. DO AL C.G.C. 28.646.628/0001-88

Endereco: R: ALEXANDRE LATINI Fone: SAO SEB. DO ALTO

Dispensa por Jus 1813 Emissao: 23/07/2020
---Valor orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
1.050.000,00 1.050.000,00 1.000.000,00 50.000,00

Item	Qtd	Uni	Especificacao	Valor Unitario	Valor Total
1	1	UN	APOSTILAMENTO N° 01/2020 FMS - PEDIDO DE APOSTILAMENTO PARA ALTERAÇÃO DE RECURSOS MEDIANTE REALIDADE ORÇAMENTARIA. REPASSE ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR - MEMORANDO N° 057/2020.	000.000,0000	1.000.000,00

Total Geral
1.000.000,00

RESPONSÁVEL P/EMISSION

CONTADOR

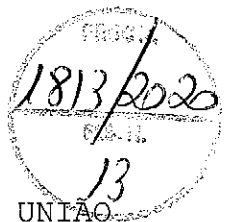
ORDENADOR DA DESPESA

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Estado do Rio de Janeiro
Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
Secretaria de Finanças
Contadoria Geral do Município
CGC 28.645.786/0001-13

Fonte de Rec: COVID 19 - UNIÃO

Empenho:000262/2020



Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: Fundo Municipal de Saúde
Dotação: 103050012 1.043 3350.41.00.00 CONTRIBUIÇÕES Conta: 730

Nº Liquidação: 000523

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 20.08.

Valor: 299.497,52

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 20 / 08 / 2020.

A handwritten signature in black ink, enclosed within a hand-drawn circle. The signature appears to be 'PH'.

Responsável pela Liquidação

Paulo Henrique B. Correição
Chefe Seção Análise e
CONTABILIDADE

11/08/2020 09:08

1813/2020
14 730

Orgao ...: 01 Fundo Municipal de Saúde
Unidade ..: 01 Fundo Municipal de Saúde

10300121.043000.3354.00.00.00 CONTRIBUIÇÕES

Credor ...: 921 ASSOCIACAO HOSPITALAR DE S.S. DO ALTO

Emissao ...: 20.08. Empenho ..: 000262/2020 Global

----- Valores ----- Autorizacao -----

Empenhado ..:1.000.000,00
Anulado ...: 0,00
Pago: 612.000,00
Ordem Pagto: 299.497,52
A Pagar ...: 299.497,52

Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento da importancia de R\$ 299.497,52 duzentos e noventa e nove mil quatrocentos e **noventa e **sete reais e cinquenta e dois centavos*****

Data...: 20.08.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 1813

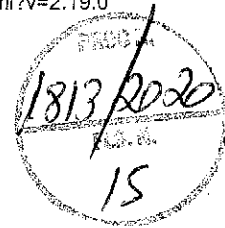
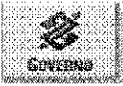
Ordenado por S. Petron Rodrigues
Secretaria Municipal de Saude e Higiene
Mair (MA/03)
Pagamento

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto a importancia supra de R\$ 299.497,52 duzentos e noventa e nove mil quatrocentos e **noventa e **sete reais e cinquenta e dois centavos***** Referente esta Ordem de Pagamento a qual dou(amos) plena e geral quitacao.

Tesouraria Codigo Banco : Nro Banco:
Nro do Cheque: Agencia ..:
Nro C/C ..:
Cidade ...:

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE S.S. DO ALTO

C.P.F./ C.I. _____

G336201059588604008
20/08/2020 11:02:52**DOC ou TED Eletrônico****Debitado**

Agência 107-4
Conta corrente 28005-4 RJ 330530 FMS CUSTEIO SUS

Creditado

Banco 341 ITAU UNIBANCO S.A.
Agência (sem DV) 6073 SAO SEBASTIAO DO ALTO
Conta corrente (com DV) 12558
CNPJ 28.646.628/0001-88
Nome favorecido ASSOCIACAO HOSPITALAR DE SAO SEBASTIAO
Finalidade CREDITO EM CONTA
Número documento 82.005
Valor 299.497,52
Data transferência 20/08/2020

"C" - CNPJ diferente

Autenticação SISBB 00B629311F1E3865

Assinada por	JC421988 ALEXANDRE BARROS LATINI	20/08/2020 11:02:10
	JC421991 CARLOS OTAVIO DA SILVA RODRIGUES	20/08/2020 11:02:52

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JC421991 CARLOS OTAVIO DA SILVA RODRIGUES.