

40415-2



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

Sec. Municipal de Saúde e Higiene

EXERCÍCIO DE 20

FMS

Referência: Associação Hospitalar São Sebastião

Assunto: Repassê

Início em / /



Processo Nº 1316/2020

10.09.2020

Ordem de Pagamento Nº 550

Empenho Nº 244/2020



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 9 / 2 0 2 0

Data: 10 de setembro 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 estadual:
R\$ 15.000,00 (quinze mil reais).

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
10/09/2020

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 2ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 005/2020

1 -
2 Às 11:30h do dia 2 de setembro do ano de dois mil e vinte, na Secretaria Municipal de
3 Saúde e Higiene de São Sebastião do Alto, no setor de Controle e Avaliação, situada à Rua
4 Dr. Eurico Cerbino, nº 118, na cidade de São Sebastião do Alto/RJ, foi realizado a 2ª
5 reunião da Comissão de Acompanhamento do Convênio nº 005/2020 do fundo municipal
6 de saúde, firmado com a Associação Hospitalar de São Sebastião do Alto, e contou com a
7 presença dos seguintes membros: representantes da Associação Hospitalar, Maihara de
8 Souza Almeida, Karina Pietrani Conceição Palagar; representantes da Secretaria Municipal
9 de Saúde e Higiene Fernanda de Almeida e representante do Conselho Municipal de
10 Saúde, Elis Regina da Costa, além da presença de Leonardo dos Santos Soares
11 representando a Associação Hospitalar. Iniciando os trabalhos, foram analisadas as metas
12 qualitativas do mês de agosto de 2020. Após avaliação do Documento Descritivo e do
13 relatório de avaliação enviado pela Associação Hospitalar atestamos o cumprimento de
14 100%, sendo autorizado o repasse do recurso para manutenção de leitos para o combate
15 ao coronavírus à quantia de R\$ 15.000,00 (quinze mil, reais). Total geral avaliado e a ser
16 repassado de acordo com as metas qualitativas, referente ao mês de agosto de 2020: R\$
17 15.000,00 (quinze mil reais), conforme relatório em anexo do Controle e Avaliação. Não
18 tendo mais nada a ser discutido, a ata foi lida, aprovada e assinada por todos os
19 representantes.
20

LS Soares
PP

Almeida

fs



METAS QUALITATIVAS - RECURSO LEITOS CORONAVÍRUS

PERÍODO: JULHO a DEZEMBRO DE 2020

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

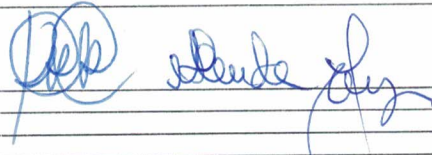
MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

ATENÇÃO A SAÚDE (AÇÕES)	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS		
	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
1- Manter o serviço de internação exclusivo para covid 19 em funcionamento 24 horas com um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem.	X		
2- Disponibilizar a medicação necessária para tratamento da covid 19.	X		
3- Equipe multiprofissional exclusiva e paramentada com Equipamentos de Proteção Individual (EPI)	X		
4- Equipamentos de Manutenção da Vida, tais como: respiradores, cardioversores, oxímetros e demais insumos e medicamentos necessários ao tratamento	X		
5- Disponibilizar de exames como Tomografia, Raio x, Exames laboratoriais de análises clínicas, incluindo o exame para a detecção do novo coronavírus (Covid-19); que são essenciais para a manutenção da vida.			
5- Equipe de limpeza frequente e paramentada com EPI. Além de disponibilizar todo o material necessário para a devida higienização do ambiente hospitalar como álcool gel, desinfetante específico, sabão líquido etc.	X		

DATA: 02/09/2020

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: _____

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: 



Secretaria Municipal de Saúde e Higiene

AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO

Autorizo o empenho da importância de:

R\$ 15.000,00 (Quinze milreais)

a favor de:

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

pela aquisição ou serviço abaixo discriminado:

SOLICITAÇÃO DE SUB EMPENHO PARA REPASSE PARA ASSOCIAÇÃO HOSP. REFERENTE AGOSTO EMPENHO 244/2020; PROCESSO 1316/2020; FONTE COVID ESTADO

São Sebastião do Alto, 10 de Setembro de 2020.


Claudiane dos Santos Pietrani
Secretária Municipal de Saúde e Higiene



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E HIGIENE
Rua Dr. Eurico Cerbino, 118 - Centro S. S. do Alto - RJ - 28550-000
Telefone: (22) 2559-1338 / 2559-1204
CNPJ: 11.174.211/0001-67

AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO

Autorizo o empenho da importância de:

R\$ 15.000,00 (quinze mil reais)

a favor de:

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

CNPJ. 28.646.628/0001-88

Banco: Itaú

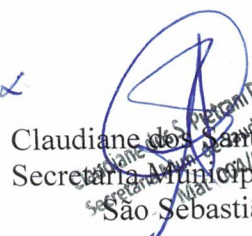
Agencia: 6073

Conta Salário: 01255-8

pela aquisição ou serviço abaixo discriminado:

Auxilio financeiro para ressarcimento do procedimento raio x escanometria

São Sebastião do Alto, 10 de setembro de 2020.


Claudiane dos Santos Pietrani Rodrigues
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene
São Sebastião do Alto - RJ

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

NOTA DE EMPENHO

1316/2020
15.08

Fonte de Rec: COVID 19 - ESTADO
000244/2020 Global Extraordinário

Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde

Conta: 680

Orgao: 01 Fundo Municipal de Saúde

Dotacao: 103050012 1.043 3350.41.00.00 CONTRIBUIÇÕES

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

1316

Emissao: 06/07/2020

---Valor orçado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
150.000,00 150.000,00 90.000,00 60.000,00

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1			6UN CELEBRAÇÃO DE CONVENIO PARA REPASSE DE RECURSOS A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO-RJ, PARA AÇÕES E DESPESAS VOLTADAS À EMERGENCIAS EM SAÚDE PÚBLICA PROVOCADA PELA PANDEMIA DO NOVO CORONAVIRUS (COVID 19), PROVENIENTES DO GOVERNO ESTADUAL, NA FORMA DO PLANO DE TRABALHO EM ANEXO.	15.000,0000	90.000,00

Total Geral
90.000,00

Genari Giovanni Oliveira Barros

Agente empenho

RESPONSÁVEL P/ EMISSÃO

CONTADOR

Cristiano dos S. Pierran Rodrigues
Secretaria Mun. de Saúde e Higiene
1204/03
ORDENADOR DA DESPESA

Rafaela de Almeida Garcez
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene
1204/03

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 - ESTADO

Empenho:000244/2020



Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: Fundo Municipal de Saúde
Dotação: 103050012 1.043 3350.41.00.00 CONTRIBUIÇÕES Conta: 680

Nº Liquidação: 000541

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 10.09.

Valor: 15.000,00

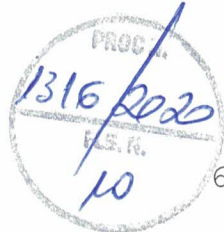
Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 10/09/2020.

Responsável pela Liquidação

Paulo Henrique de Sá
Chefe Seção Análise e
Contas

mm 99/83198

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



10300121.043000.3354.00.00.00 CONTRIBUIÇÕES

680

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

Emissao ...: 10.09. Empenho ..: 000244/2020 Global

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

Empenhado ..:	90.000,00	Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ...:	0,00	da importancia de R\$ 15.000,00
Pago	15.000,00	quinze mil reais*****
Ordem Pagto:	15.000,00	*****
A Pagar:	15.000,00	*****

Data...: 10.09.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 1316

Ordem de Pagamento

(Handwritten signature)

Caution: 005, Petram Rodrigues
Secretaria Mun. de Saude e Higiene
004/03

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto a importancia supra de R\$ 15.000,00 quinze mil reais*****

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. _____

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 10/09/2020 - 11h09

Nº de controle: 685547997691260507 | Documento: 9503850

Conta de débito: **Agência: 1888 | Conta: 0040415-2 | Tipo: CONTA CORRENTE**Empresa: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | CNPJ: 011.174.211/0001-67**Nome do favorecido: **ASSOC HOSPITALAR DE S.S. DO ALTO**CNPJ: **28.646.628/0001-88**Conta de crédito: **Banco: 341 - ITAU UNIBANCO S.A. | Agência: 6073 | Conta: 12558**Tipo de conta: **CONTA-CORRENTE INDIVIDUAL**Finalidade: **10 - CREDITO EM CONTA**Valor **R\$ 15.000,00**Tarifa: **R\$ 10,45**Valor total: **R\$ 15.010,45**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**
Crédito disponível no mesmo dia da data de débitoData de débito: **10/09/2020**

A tarifa é cobrada por transferência realizada e para as operações agendadas poderá sofrer alteração de acordo com os valores vigentes na data do débito

Autenticação

mcqcGEcp Yno#poMt 4ANh9bak 9KZ*cCCb AbTTbS*7 Zu4KsgaO rIxnHbMP pR*357uW
y4*fiXgq EJIYQzgn Q5uVqYES jj*LfJoj LRVszXM8 t?Wvys5Y aaTgnIgr Ceyuxgs2
tpZFfi3gu 72aPA*q7 Fj1w@SgQ iYG7?hik ArTamNnE Bn6N7@le 95038501 0/09/202

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente Alô Bradesco 0800 704 8383 Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 722 0099 Cancelamentos, Reclamações e Informações. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Demais telefones consulte o site Fale Conosco

Ouvidoria 0800 727 9933 Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.