

COVID



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 de São Sebastião do Alto

Assunto: Repassse

Início em 22/10/2020



22.10.2020

Processo Nº 2614/2020

Ordem de Pagamento Nº

721

Empenho Nº

397/2020



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 8 5 / 2 0 2 0

Data: 22 de outubro 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

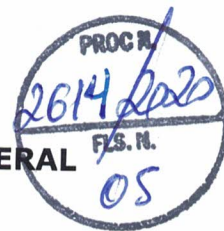
CNPJ: 11.174.211/0001-67 – tel.: 22-2559. 1338 Fax: 22-25591204



ATA DA 9ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 001/2020

1
2 Às 09h do dia 2 de outubro 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 9ª 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 setembro de 2020. Após avaliação do Documento Descritivo e do relatório de
13 avaliação enviado pela Associação Hospitalar atestamos o cumprimento de 100%, sendo
14 autorizado o repasse federal da quantia de R\$ 63.298,51 (sessenta e três mil, duzentos e
15 noventa e oito reais e cinquenta e um centavos), correspondente aos 60% do valor pré-
16 fixado definido no Convênio; 100% referente ao repasse municipal o valor de R\$
17 195.000,00 (cento e noventa e cinco mil reais) e 100% referente ao repasse municipal
18 (suplementar) o valor de R\$ 41.400,00 (quarenta e um mil e quatrocentos reais). Em
19 relação às metas quantitativas foi analisado também o mês de setembro de 2020. Após
20 avaliação da produção apresentada atestamos o cumprimento de 100% da meta federal,
21 sendo autorizado o repasse da quantia de R\$ 42.199,01 (quarenta e dois mil, cento e
22 noventa e nove reais e um centavo), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido
23 no Convênio. Das metas municipal, atestamos o cumprimento de 100% (recurso
24 municipal), sendo autorizado o repasse da quantia de R\$ 130.000,00 (cento e trinta mil
25 reais), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. De acordo com
26 os parágrafos quinto e sexto do Convênio nº 001/2020, decidimos pelo pagamento de
27 100% do repasse municipal (suplementar), sendo autorizado o repasse de R\$ 27.600,00
28 (vinte e sete mil seiscentos reais), referente a excedente de procedimentos/cirurgias. Total
29 geral avaliado e a ser repassado de acordo com as metas qualitativas e quantitativas,
30 referente ao mês de setembro de 2020: R\$ 499.497,52 (quatrocentos e noventa e nove
31 mil, quatrocentos e noventa e sete reais e cinquenta e dois centavos), conforme relatório
32 em 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



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

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 vigilancia em saude/analise de situacao de saude/vigilancia do obito/instrumentos de coleta/obito infantil e fetal (F2 e I2) e obito materno (M2) .	X		
· Comissão de Revisão de Prontuários (Obrigatório 2%) - nº. 41 de 07 de fevereiro de 1992 - Anexo II da Portaria nº. 170 de 17 de dezembro de 1993. Resolução			
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%) - Ler: 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		

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%) -
 nº. 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 tecnico junto ao CREMERJ/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: 02/10/2020

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: _____

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: 

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

2614/2020
P.S.M.
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 dispor 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 tabalhadores: Sistema de sinalização interna (identificação dos serviços); adoção de medidas de segurança (barreira de proteção, alerta de piso escorregadio).	X		
DATA: 02/10/2020			

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO:

Assessor

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:

[Handwritten signatures]

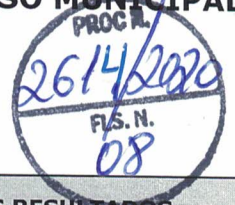
ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:

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

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: 02/10/2020

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: *DSScarles*

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: _____

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: *Andre* *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

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 Quantitativas
42.199,01	63.298,51

2614/2020
P.S.N.
09

INTERNAÇÃO		set/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	9	8
Obstetria	3	1
Clinica Medica	42	35
Pediatria	6	-
Total	60	44

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	89%
Obstetria	33%
Clinica Medica	83%
Pediatria	0%
% (Teto Maximo 40 %)	73%

AMBULATÓRIO		set/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	2.000	2.500
..0204-Diagnóstico por radiologia	285	350
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	40	40
..0206-Diagnóstico por tomografia	50	50
..0209-Diagnóstico por endoscopia	30	27
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	50	50
..0214-Diagnóstico por teste rápido		
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	2.455	3.017
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	2.011	2.600
..0302-Fisioterapia	-	-
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	18	18
Total Grupo Procedimentos Clínicos	2.029	2.618
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa		
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
Total Procedimentos Cirurgicos	-	-
Total Ambulatorial	4.484	5.635

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	123%
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
Total Grupo Procedimentos Clínicos	129%
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
Total Procedimentos Cirurgicos	0%
Média % Ambulatorial (Teto Maximo 60 %)	126%

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

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

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

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

PREMISSA	
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 Quantitativas
130.000,00	195.000,00

INTERNAÇÃO		set/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	5	3
Obstetria	-	4
Clínica Médica	10	3
Pediatria	3	2
Total	18	12

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	60%
Obstetria	0%
Clínica Médica	30%
Pediatria	100%
% (Teto Máximo 40 %)	67%

AMBULATÓRIO		set/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	700	750
..0204-Diagnóstico por radiologia	106	106
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	8	8
..0206-Diagnóstico por tomografia	100	99
..0209-Diagnóstico por endoscopia	4	-
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	40	40
..0214-Diagnóstico por teste rápido	200	200
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	1.158	1.203
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	3.000	3.550
..0302-Fisioterapia	-	-
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	15	50
Total Grupo Procedimentos Clínicos	3.015	3.600
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	200	359
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
Total Procedimentos Cirúrgicos	200	359
Total Ambulatorial	4.373	5.162

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	104%
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
Total Grupo Procedimentos Clínicos	119%
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
Total Procedimentos Cirúrgicos	180%
Média % Ambulatorial (Teto Máximo 60 %)	134%

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

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

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

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

PROC. N.
2614/2020
FLS. N.
11

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		set/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia		
Obstetricia	2	2
Clinica Medica		
Pediatria	-	-
Total	2	2

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	0%
Obstetricia	100%
Clinica Medica	0%
Pediatria	100%
% (Teto Maximo 60 %)	100%

AMBULATÓRIO		set/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material	-	-
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	1.258	1.258
..0204-Diagnóstico por radiologia	17	17
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	26	26
..0206-Diagnostico por tomografia	-	-
..0209-Diagnóstico por endoscopia	-	-
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	-	-
..0214-Diagnóstico por teste rápido	126	126
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	1.427	1.427
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	1.464	1.464
..0302-Fisioterapia	340	340
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	369	369
Total Grupo Procedimentos Clínicos	2.173	2.173
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	45	45
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	-	-
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	-	-
Total Procedimentos Cirurgicos		
Total Ambulatorial	3.600	3.600

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	100%
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
Total Procedimentos Cirurgicos	0%
Média % Ambulatorial (Teto Maximo 40 %)	100%

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

VALOR DEFINIDO	27.600,00
-----------------------	------------------

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



Secretaria Municipal de Saúde e Higiene

AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO

Autorizo o empenho da importância de:

RS 299.497,52 (Duzentos e noventa e nove mil, quatrocentos e noventa e sete reais e cinquenta e dois centavos)

a favor de:

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

pela aquisição ou serviço abaixo discriminado:

SOLICITAÇÃO DE SUB EMPENHO PARA PAGAMENTO DE REPASSE REFERENTE AO MÊS DE SETEMBRO
CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO 2614/2020; EMPENHO 397/2020; FONTE COVID FEDERAL

São Sebastião do Alto, 22 de outubro 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\$ 299.497,52 (duzentos e noventa e nove mil quatrocentos e noventa e sete reais e cinquenta e dois centavos)

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:

Repasse associação

São Sebastião do Alto, 22 de outubro de 2020.


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

PROC. 2614/2020
 FLS. N. 14
 NOTA DE EMPENHO

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 - UNIAO
 000397/2020 Global Extraordinária
 Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde
 CONTRIBUIÇÕES Conta: 730

Orgao: 01 Fundo Municipal de Saúde
 Dotacao: 103050012 1.043 3350.41.00.00
 Credor: 921 ASSOCIACAO HOSPITALAR DE S.S. DO AL C.G.C. 28.646.628/0001-8

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

Dispensa por Lim 2614 Emissao: 19/10/2020
 ---Valor orçado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
 1.700.000,00 700.000,00 700.000,00 0,00

Item	Qtd	Uni	Especificacao	Valor Unitario	Valor Total
1	1UN		EMPENHO GLOBAL PARA MANUTENÇÃO DE TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO REFERENTE A APOSTILAMENTO DE FONTE DE RECURSO ORÇAMENTÁRIA NO CONTRATO EM QUESTÃO, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.	700.000,0000	700.000,00

Total Geral
 700.000,00

Genard Giovanni Oliveira Barros
 Agente Administrativo
 Mat. 87/0247-08

RESPONSÁVEL P/ EMISSÃO

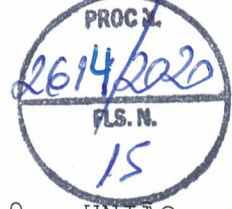
Italo de Aguiar Martins
 Contador
 Mat. 247122-03

CONTADOR

Cláudio dos Santos Rodrigues
 Secretária Mun. de Saúde e Higiene
 Mat. 004/03

CONTADOR DE DESPESAS

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 - UNIAO
Empenho:000397/2020

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

Nº Liquidação: 000727

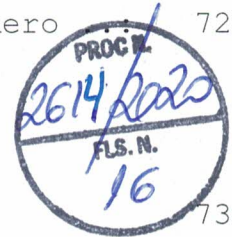
-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 22.10.

Valor: 299.497,52

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 22 / 10 / 2020.

Responsável pela Liquidação
[Handwritten Signature]
Paulo Henrique A. de Sá
Chefe de Departamento
Processos
[Handwritten Signature] 99/083108



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 ...: 22.10. Empenho .: 000397/2020 Global

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

Empenhado .: 700.000,00 Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ...: 0,00 da importancia de R\$ 299.497,52
Pago: 0,00 duzentos e noventa e nove mil quatrocentos e **
Ordem Pagto: 299.497,52 noventa e **sete reais e cinquenta e dois centa
A Pagar: 299.497,52 vos*****

Data...: 22.10.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 2614

Claudiane dos S. Prietani Rodrigues
Secretaria Mun. de Saude e Higiene
Mat 004/03
Ordenador de 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) plen
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: 22/10/2020 - 11h21

Nº de controle: 044736040560226368 | Documento: 1930717

PROC
2614/2020
FLS. N.
17

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\$ 299.497,52**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 299.508,57**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**
Crédito disponível no mesmo dia da data de débitoData de débito: **22/10/2020**

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

g@qnc9Ak ?FibXypi q3PIRfnY lr?6lp@x Z#IzQGEf #zTpxzRF 4hRfEeg7 qtM8Vppf
cMiQ36RU dsfzRxpt 3pXRKmnT M*X?9m5e mqtW5oI7 ljU88hGs 991EX9wu bJQZMdDW
QYmj@TyZ Y65KocQI F6lK6Kr3 LVbn9j8@ qlhFX9CV #BYOHf*D 19307172 2/10/202

**SAC - Serviço de
Apoio ao Cliente**Alô Bradesco
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala
0800 722 0099Cancelamentos, 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.