



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: Reparação

Início em 24/11/2020



24.11.2020

Processo Nº 2614/2020

Ordem de Pagamento Nº 806

Empenho Nº 391/2020



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 9 7 / 2 0 2 0

Data: 24 de novembro 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\$ 172.602,48 (cento setenta e dois mil seiscentos e dois reais e quarenta e oito centavos).

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

Atenciosamente,


x
Claudiane dos Santos Pietrani Rodrigues
Secretaria Mun. de Saúde e Higiene
Mat. 004/03

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

AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO

Autorizo o empenho da importância de:

R\$ 172.602,48 (Cento e setenta e dois mil, seissentos e dois reais e quarenta e oito 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 A ASSOCIAÇÃO REFERENTE OUTUBRO EMPENHO 397/2020; PROCESSO ADMINISTRATIVO 2614/2020; FONTE COVID UNIÃO

São Sebastião do Alto, 24 de novembro de 2020.


Claudiane dos Santos Pietrani Rodrigues
Secretária Municipal de Saúde e Higiene
Mat. 004/03

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\$ 172.602,48 (cento e setenta e dois mil seiscentos e dois reais e quarenta e oito 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:

Auxilio financeiro para ressarcimento do procedimento raio x escanometria

São Sebastião do Alto, 24 de novembro de 2020.


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



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



RECIBO
26/14/2020
F.N.
06

ATA DA 10ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 001/2020

1
2 Às 09h do dia 3 de novembro do ano de dois mil e vinte, na Secretaria Municipal de Saúde
3 e 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 10ª 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 outubro 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 outubro 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,
29 além desse repasse foi autorizado o pagamento de R\$ 17900,00 (dezessete mil e
30 novecentos reais), referente aos pagamentos de cirurgias/procedimentos urológicos
31 realizados fora do município e que não faz parte da contratualização. Total geral avaliado e
32 a ser repassado de acordo com as metas qualitativas e quantitativas, referente ao mês de
33 outubro de 2020: R\$ 517.397,52 (quinhentos e dezessete mil, trezentos e noventa e sete
34 reais e cinquenta e dois centavos), conforme relatório em anexo do Controle e Avaliação.
35 Não tendo mais nada a ser discutido, a ata foi lida, aprovada e assinada por todos os
36 representantes.
37

L. S. Soares  *Fernanda*   

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 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 emergencia 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 farmaceutico atualizada. | X | | |
| 2. Apresentar uma padronização mínima de medicamenetos 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%) - Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011.

| | | | |
|--|---|--|--|
| 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 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: 03/11/2020

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

26/11/2020
F.L.S. N.
09

| . 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 tabalhadores: Sistema de sinalização interna (identificação dos serviços); adoção de medidas de segurança (barreira de proteção, alerta de piso escorregadio). | X | | |
| DATA: 03/11/2020 | | | |

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: João Soares

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: [Handwritten signatures]

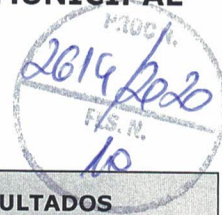
ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: [Handwritten signature]

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 Saude do Município | X | | |

DATA: 02/10/2020

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: _____

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: 

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

2614/2020
FLS. N.
19

| 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 | | out/20 |
|-------------------------------|------------|-----------|
| QUANTITATIVO REALIZADO | POA | |
| Cirurgia | 9 | 10 |
| Obstetria | 3 | |
| Clinica Medica | 42 | 19 |
| Pediatria | 6 | - |
| Total | 60 | 29 |

| PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS | |
|-------------------------------|------------|
| Cirurgia | 111% |
| Obstetria | 0% |
| Clinica Medica | 45% |
| Pediatria | 0% |
| % (Teto Maximo 40 %) | 48% |

| AMBULATÓRIO | | out/20 |
|---|--------------|--------------|
| QUANTITATIVO REALIZADO | POA | |
| ..0201-Coleta de Material | | |
| ..0202-Diagnóstico em laboratório clínico | 2.000 | 2.900 |
| ..0204-Diagnóstico por radiologia | 285 | 380 |
| ..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia | 40 | 55 |
| ..0206-Diagnóstico por tomografia | 50 | 50 |
| ..0209-Diagnóstico por endoscopia | 30 | 30 |
| ..0211-Métodos diagnósticos em especialidades | 50 | 50 |
| ..0214-Diagnóstico por teste rápido | | |
| Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico | 2.455 | 3.465 |
| ..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos | 2.011 | 3.200 |
| ..0302-Fisioterapia | - | - |
| ..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades) | 18 | 60 |
| Total Grupo Procedimentos Clínicos | 2.029 | 3.260 |
| ..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 | 6.725 |

| 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 | 141% |
| ..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos | |
| ..0302-Fisioterapia | |
| ..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades) | |
| Total Grupo Procedimentos Clínicos | 161% |
| ..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 %) | 151% |

| | |
|--|------------------|
| INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO | 100% |
| VALOR DEFINIDO | 42.199,01 |
| DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS | - |

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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



 26/10/2020
 F.S. N.
 12

| 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 Qualitativas |
| 130.000,00 | 195.000,00 |

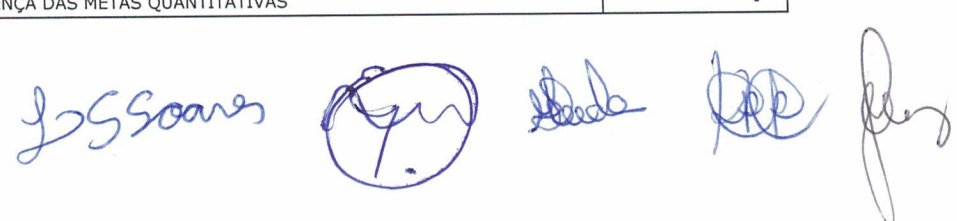
| INTERNAÇÃO | | out/20 |
|------------------------|-----------|-----------|
| QUANTITATIVO REALIZADO | POA | |
| Cirurgia | 5 | |
| Obstetria | - | 10 |
| Clinica Medica | 10 | |
| Pediatria | 3 | |
| Total | 18 | 10 |

| PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS | |
|-------------------------------|------------|
| Cirurgia | 0% |
| Obstetria | 0% |
| Clinica Medica | 0% |
| Pediatria | 100% |
| % (Teto Maximo 40 %) | 56% |

| AMBULATÓRIO | | out/20 |
|---|--------------|--------------|
| QUANTITATIVO REALIZADO | POA | |
| ..0201-Coleta de Material | | |
| ..0202-Diagnóstico em laboratório clínico | 700 | 1.650 |
| ..0204-Diagnóstico por radiologia | 106 | 240 |
| ..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia | 8 | 50 |
| ..0206-Diagnóstico por tomografia | 100 | 132 |
| ..0209-Diagnóstico por endoscopia | 4 | 4 |
| ..0211-Métodos diagnósticos em especialidades | 40 | 75 |
| ..0214-Diagnóstico por teste rápido | 200 | 260 |
| Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico | 1.158 | 2.411 |
| ..0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos | 3.000 | 4.050 |
| ..0302-Fisioterapia | - | |
| ..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades) | 15 | 107 |
| Total Grupo Procedimentos Clínicos | 3.015 | 4.157 |
| ..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa | 200 | 170 |
| ..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço | | |
| ..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular | | |
| Total Procedimentos Cirurgicos | 200 | 170 |
| Total Ambulatorial | 4.373 | 6.738 |

| 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 | 208% |
| ..0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos | |
| ..0302-Fisioterapia | |
| ..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades) | |
| Total Grupo Procedimentos Clínicos | 138% |
| ..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa | |
| ..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço | |
| ..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular | |
| Total Procedimentos Cirurgicos | 85% |
| Média % Ambulatorial (Teto Maximo 60 %) | 144% |

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO | 100% |
| VALOR DEFINIDO | 130.000,00 |
| DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS | - |



HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

PROC. 2619/2020
S.S.N. 13

| 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 | | out/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% |

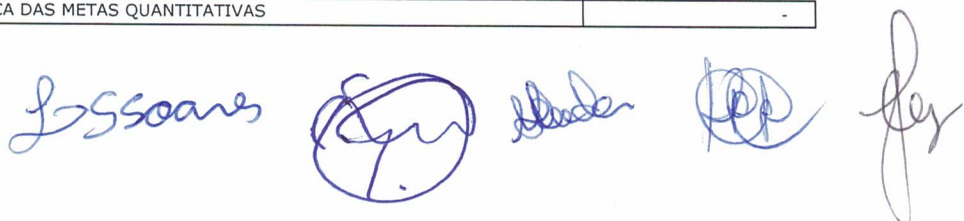
| AMBULATÓRIO | | out/20 |
|---|--------------|--------------|
| QUANTITATIVO REALIZADO | POA | |
| ..0201-Coleta de Material | - | - |
| ..0202-Diagnóstico em laboratório clínico | 346 | 346 |
| ..0204-Diagnóstico por radiologia | 16 | 16 |
| ..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia | - | - |
| ..0206-Diagnostico por tomografia | - | - |
| ..0209-Diagnóstico por endoscopia | - | - |
| ..0211-Métodos diagnósticos em especialidades | - | - |
| ..0214-Diagnóstico por teste rápido | 85 | 85 |
| Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico | 447 | 447 |
| ..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos | 519 | 519 |
| ..0302-Fisioterapia | 364 | 364 |
| ..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades) | 385 | 385 |
| Total Grupo Procedimentos Clínicos | 1.268 | 1.268 |
| ..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 | 1.715 | 1.715 |

| 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 | - |
|-----------------------------------|---|



NOTA DE EMPENHO

26/10/2020
19

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
000397/2020 Global Extraordinári
Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde
Conta: 730

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. 28.646.628/0001-8

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

Dispensa por Lim 2614 Emissao: 19/10/2020
---Valor orcado--- ---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 | 1 | UN | 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

Genari Giovani Oliveira Barr
Agente Administrativo
Mat. 8770147-08

RESPONSAVEL P/EMISSAO

Cláudia Maria Gomes da Silva
Contador
CRC RJ 081358/O-2
Mat. 950967-05

CONTADOR

Claudia Maria Gomes da Silva
Secretária Municipal de Saúde e Higiene
Mat. 05042

Rafael Ribeiro Garcéz
Controlador Geral
Mat. 1170010-05
CRC-RJ 108129/n.s

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: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: 000813

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 24.11.

Valor: 172.602,48

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 24 / 11 / 2020.

Responsável pela Liquidação

PAZIO NUNES A. GONCALVES
Rua: ...
...

mm 99 / 003108



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

10300121.043000.3354.00.00.00 CONTRIBUIÇÕES

730

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

Emissao ...: 24.11. Empenho ..: 000397/2020 Global

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

| | |
|--------------------------|---|
| Empenhado ..: 700.000,00 | Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento |
| Anulado ...: 0,00 | da importancia de R\$ 172.602,48 |
| Pago: 527.397,52 | cento e setenta e dois mil seiscentos e dois ** |
| Ordem Pagto: 172.602,48 | reais e ****quarenta e oito centavos***** |
| A Pagar: 172.602,48 | ***** |

Data...: 24.11.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 2614

Ordenado por  Claudiane dos S. Pietrani Rodrigues
Secretaria Mun de Saude e Higiene
Mat 004/03
Pagamento

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto a importancia supra de R\$ 172.602,48 cento e setenta e dois mil seiscentos e dois **reais e **quarenta e oito 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. _____

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 24/11/2020 - 10h42

Nº de controle: 924032407012515928 | Documento: 3157053

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\$ 172.602,48**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 172.613,53**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**
Crédito disponível no mesmo dia da data de débitoData de débito: **24/11/2020**

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

fx1ByRyh bv8wc?Yc #z5PK2fs 7TDz7O?@ E7K5nEM3 Z6cF3DhV zyiAt@5m fvhINeuU
RZaAwOjS bSySeSjU G5ISY5KE 3KqFS2N4 u?Kc7Nve x6?L6uqN tLMDe*Ei VbXvc#YU
QR*7SvN* dfAkFXQg PQKM4Wp? MpnGUr4l WE2XfRqJ RZIOCQFW 31570532 4/11/202

**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.