

Covid-19.



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: Repasse

Início em 24/11/2020



24.11.2020

Processo Nº 2908/2020

Ordem de Pagamento Nº

807

Empenho Nº 451/2020

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

Cod. Orc. :

Prazo Entrega

CIF

FOB



TIPO DE PROCESSO : **A** 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
 CIDADE : SAO SEBASTIAO DO ALTO -RJ. CEP : CGC: 28.646.628/0001-88

OBSERVAÇÕES : REPASSE P/ ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR

ITEM	DESCRIÇÃO:	UN	QUANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
1	REPASSE		1	R\$66.895,04	R\$66.895,04

TOTAL GERAL R\$66.895,04

Total p/Extenso : **SESSENTA E SEIS MIL OITOCENTOS E NOVENTA E CINCO REAIS E QUATRO CENTAVOS**

DATA EMISSÃO :

DATA DA ENTREGA :

ACEITE FIRMA :

ACEITE PREFEITURA :

Claudia de S. Petram 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 9 8 / 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\$ 66.895,04 (sessenta seis mil oitocentos e noventa cinco reais e quatro 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
Mat. 0061/03

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



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  *Almeida*  *Palagar* 

ANEXO I - DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS FEDERAL

MEDICINA
2908/2020
F.S.N.
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	NAO CUMPRIU	PRAZO
Comissão de Revisão de Óbitos. (2%) - Resolução GREMERJ 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/aceso_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%) - 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%) - 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		

PROC. N.º 2908/2020
 FLS. N.º 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%) - 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: 

PROC. 2908/2020
F.S. N. 07

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

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 (Obrigatório 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 trabalhadores: 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: [Assinaturas]

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: [Assinatura]

PROCT
2908/2020
08

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

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2020

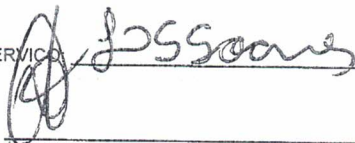
NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

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		

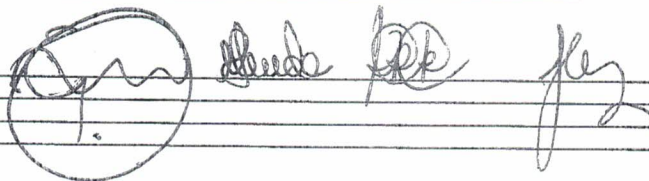
DATA: 02/10/2020

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO:



ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:



HOSPITAL SÃO SEBASTIAO

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

PROCN.
2908/2020
FLY. N.
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

INTERNACÃO		2020
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%

AMBULATORIO		2020
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%
Media % Ambulatorial (Teto Maximo 50 %)		151%

INTERNACÃO + AMBULATORIO	100%
--------------------------	------

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

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

HOSPITAL SAO SEBASTIAO

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO POA x PRODUÇÃO REALIZADA - OUTUBRO 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 Qualitativas
130.000,00	195.000,00

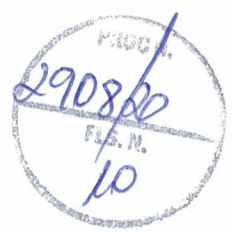
INTERNAÇÃO		out/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	5	10
Obstetria		
Clinica Medica	10	
Pediatria	3	
Total	18	10

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 / Atendimentos / 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 pescoco		
..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 / Atendimentos / 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 pescoco	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
Total Procedimentos Cirurgicos	85%
Media % -Ambulatorial (Teto Maximo 60%)	144%

INTERNAÇÃO - AMBULATORIO	100%
VALOR DEFINIDO	130.000,00
DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS	-



PROJ. 2908/2020
F.P.N. 11

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

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

INTERNACÃO	
QUANTITATIVO REALIZADO	POA
Cirurgia	
Obstetricia	
Clinica Medica	2
Pediatria	
Total	2

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

AMBULATÓRIO	
QUANTITATIVO REALIZADO	POA
..0201-Coleta de Material	
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	
..0204-Diagnóstico por radiologia	346
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	16
..0206-Diagnostico por tomografia	
..0209-Diagnóstico por endoscopia	
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	
..0214-Diagnóstico por teste rápido	85
Total Procedimentos por Finalidade Diagnostico	447
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	519
..0302-Fisioterapia	364
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	385
Total Grupo Procedimentos Clínicos	1268
..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

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 Diagnostico	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 Máximo 40%)	
	100%

INTERNACÃO + AMBULATORIO	100%
--------------------------	------

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

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

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

2908/2020
FL. N.
12

Fonte de Rec: COVID 19 - UNIÃO
000451/2020 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 ALTO
C.G.C. 28.646.628/0001

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

Dispensa por Jus 2908 Emissao: 23/11/202
---Valor orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
2.200.000,00 500.000,00 500.000,00 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 ORÇAMENTÁRIO NO CONTRATO EM QUESTÃO, CONFORME DOCUMENTOS ANEXADOS.	500.000,0000	500.000,00

Total Gera:
500.000,00

Genari Giovanni Oliveira Barr
Agente Administrativo
M.t. 87/0147-08

RESPONSÁVEL P/EMISSÃO

Maria Gomes da Silva
Contador
CRC RJ 084.358/02
Mat. 99.0667-03

CONTADOR

Cláudio dos S. Patrício Rodrigues
Secretário de Saúde e Higiene
004/03
ORDENADOR DA DESPESA

Rafael Quele Garcéz
Contrador Geral
Mat. 17/6016-05
CRC-RJ 108128/0-8

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:000451/2020



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

Nº Liquidação: 000814

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 24.11.

Valor: 66.895,04

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

Responsável pela Liquidação

Fundo Municipal de Saúde
Gestão Financeira e Contábil

MAR 99/083108



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

10300121.043000.3354.00.00.00 CONTRIBUIÇÕES

730

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

Emissao ...: 24.11. Empenho ..: 000451/2020 Global

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

Empenhado ..: 500.000,00 Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ...: 0,00 da importancia de R\$ 66.895,04
Pago: 0,00 sessenta e seis mil oitocentos e noventa e ****
Ordem Pagto: 66.895,04 cinco reais e quatro centavos*****
A Pagar ...: 66.895,04 *****

Data...: 24.11.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 2908

Ordem de Pagamento
Claudiane dos Santos Petraim Rodrigues
Secretaria Mun. de Saude e Higiene
Mat 004/03

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
a importancia supra de R\$ 66.895,04
sessenta e seis mil oitocentos e noventa e ****cinco rea
s e quatro 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. _____



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 112.401
Valor 39.546,98
Destinação 0
Data transferência 24/11/2020
"C" - CNPJ diferente
Autenticação SISBB A1682ECEB5F503E4

Assinada por JC421988 ALEXANDRE BARROS LATINI 24/11/2020 10:43:17
JC421991 CARLOS OTAVIO DA SILVA RODRIGUES 24/11/2020 10:47:15

Transação efetuada com sucesso.

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

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 24/11/2020 - 10h42

Nº de controle: 924032407012515928 | Documento: 3156934

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\$ 27.348,06**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 27.359,11**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

O2VLk5VH D#ONSgjd Dd?B6jG1 #Ot#ShM# erJYUFR5 pSYwDBhO xHyvfQJ7 ?*X?4ezM
 jkdpixJi #19nB3xy kuTO397V TxeLPXqZ ofENVhiU NbwGvba* #iuYdqCE AhpLvzYb
 ssIGhkD* 8inUJkge cwtX?m9h jy*nd@mk ue7IzHIk lo?OCgI4 31569342 4/11/202

SAC - Serviço de Apoio ao ClienteAlô 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.