



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 3766/2019

Ordem de Pagamento Nº

805

Empenho Nº 049/2020

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

3766/2019
 F.N.
 02

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\$50.000,00	R\$50.000,00

TOTAL GERAL R\$50.000,00

Total p/Extenso : CINQUENTA MIL REAIS

DATA EMISSÃO :

DATA DA ENTREGA :

ACEITE FIRMA :

ACEITE PREFEITURA

Claudiane dos S. Petram Rodrigues
 Secretária Mun. de Saúde e Higiene
 Mat. 204703

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 9 / 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 royalties:

R\$ 50.000,00 (cinquenta 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


Claudiane dos Santos Pietrani Rodrigues
Secretaria 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 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

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%) - 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

3766/2010
F. II.
06

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 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%) -

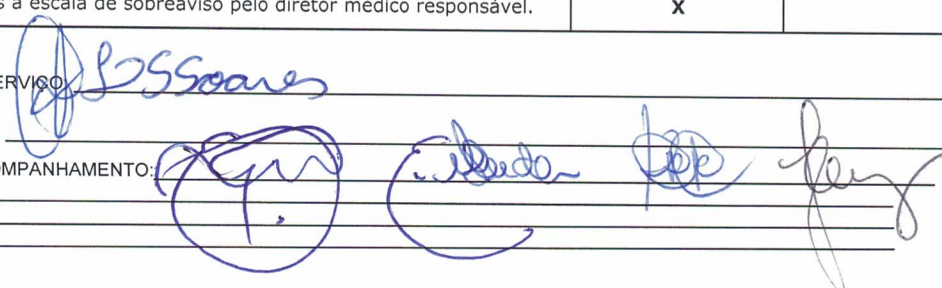
1. Apresentar mensalmente relatório com o quadro de horário de escalas de sobreaviso das especialidades médicas de ortopedia, clínica médica, pediatria, cirurgia geral e obstetria.	X		
2. Apresentar mensalmente relatório dos pacientes que utilizarem os serviços de sobreaviso.	X		
3. Disponibilizar recursos 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

3766/201
F.S.N.
07

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

Assoures

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:

[Handwritten signatures]

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:

[Handwritten signature]

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



 3766/2019
 08

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2020

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

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

1100
3766/01
F.S.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

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

3766/2019
10

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

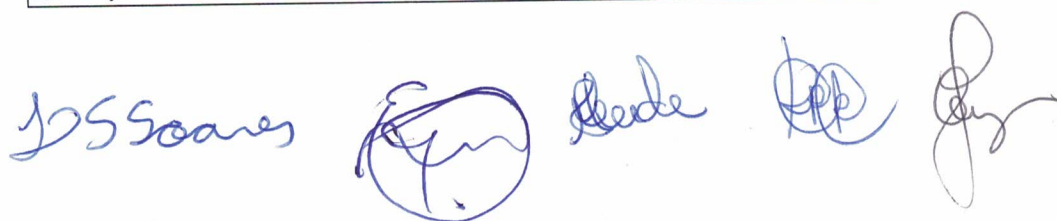
INTERNACÃO		out/20
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	5	
Obstetria	-	10
Clinica Medica	10	
Pediatria	3	
Total	18	10

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 / 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 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 / 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 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

PROCM
3766/2020
S.R.
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		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-Diagnóstico 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
 09/06/2019
 F.L.N.
 12

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

Fonte de Rec: Royalties
 000049/2020 Global Orçamentário
 Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde
 Conta: 246

Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde
 Dotacao: 103020012 2.043 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 Lim 3766 Emissao: 15/01/2020
 ---Valor orcado--- ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
 2.097.163,38 697.163,38 1.993.970,24 1.296.806,86

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	1	UN	REPASSE PARA ASSOCIACAO HOSPITALAR, CONFORME CONTRATO FIRMADO COM O MUNICIPIO DE SAO SEBASTIAO DO ALTO - PLANILHAS E DOCUMENTOS ANEXADOS AO PROCESSO 3766/2019.	993.970,2400	1.993.970,24

Total Geral
 793.970,24

Genari Giovanni Oliveira Barr
 Agente Administrativo
 Mat. 87.0147-08

Cláudia Maria Gomes da Silva
 Contador
 CRC RJ 08.1358/02
 Mat. 990867-05

Cláudia Maria Gomes da Silva
 Contador
 Mat. 990867-05

RESPONSÁVEL P/EMISSÃO

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

Rafael Augusto Garcez
 Contador Geral
 Mat. 17.1016-05
 CRC-RJ 108128/0-9

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: Royalties

Empenho:000049/2020

Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: Fundo Municipal de Saúde
Dotação: 103020012 2.043 3350.41.00.00 CONTRIBUIÇÕES Conta: 246

Nº Liquidação: 000815

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 24.11.

Valor: 50.000,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 29 / 11 / 2020.

Responsável pela Liquidação

Pablo Henrique B. Gonçalves
Diretor Geral de Materiais e
Equipamentos

11/11/2020 99/083108

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



246

10300122.043000.3354.00.00.00 CONTRIBUIÇÕES

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

Emissao ...: 24.11. Empenho ..: 000049/2020 Global

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

Empenhado ..:1.993.970,24	Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ...:1.200.000,00	da importancia de R\$ 50.000,00
Pago: 323.619,60	cinquenta mil reais*****
Ordem Pagto: 50.000,00	*****
A Pagar: 50.000,00	*****

Data...: 24.11.2020 Referente despesa mencionada

PROCESSO: 3766

Ordenado por
Claudio de los Angeles Rodrigues
 Secretária de Saúde e Higiene
 Mar. 004/03
 Pagamento

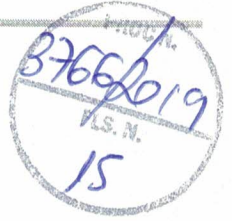
Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
 a importancia supra de R\$ 50.000,00
 cinquenta mil reais*****

 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. _____

**DOC ou TED Eletrônico****Debitado**

Agência 107-4
Conta corrente 13949-1 FMS ROYALTIES

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 50.000,00
Destinação 0
Data transferência 24/11/2020
"C" - CNPJ diferente
Autenticação SISBB B4676CC71E41F8DF

Assinada por JC421988 ALEXANDRE BARROS LATINI 24/11/2020 10:42:41
JC421991 CARLOS OTAVIO DA SILVA RODRIGUES 24/11/2020 10:45:14

Transação efetuada com sucesso.

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