

Covid-19

60415-2



ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

Sec. Municipal de Saúde e Higiene

EXERCÍCIO DE 20

**FMS**

Referência: Associação Hospitalar de São Sebastião do Alto

Assunto: Repassse

Início em 10/12/2020



Processo Nº 3466/2019

Ordem de Pagamento Nº

837

Empenho Nº 244 041/2020



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E HIGIENE  
 Rua Dr. Eurico Cerbino, 118 - Centro - São Sebastião do Alto - RJ  
 CNPJ: 11.174.211/0001-67 - Tel/Fax: (22) 2559-1338

Página: 1

PROC. N. 3766/2019  
 FLS. N. 02

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO N°: 623

ANO: 20

Nome: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO  
 Endereço: RUA MINISTRO FRANCISCO DORNELLES NÚMERO 69  
 Cidade: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO  
 CNPJ: 28.646.628/0001-88

Bairro: SANTA IRENE  
 Estado: RIO DE JANEIRO

Observações: SOLICITAÇÃO DE SUB EMPENHO PARA PAGAMENTO CONFORME EMPENHO 047/2020  
 PROCESSO ADMINISTRATIVO 3766/2019; FONTE COVID ESTADO

ITEM	DESCRIÇÃO	Un. MEDIDA	QUANTIDADE	Vl. UNITÁRIO	Valor TOTAL
1	REPASSE	UNIDADE	1	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					
*					

VALOR POR EXTENSO:  
 Quinze milreais

TOTAL\_FORNECIMENTO: R\$ 15.000,00

Aceite FIRMA:	Aceite PREFEITURA:
---------------	--------------------

*Claudiane dos S. Metrani Rodrigues*  
 Secretária Municipal de Saúde e Higiene  
 Matr. 804703



**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 = 1 1 6 / 2 0 2 0**

Data: 10 de dezembro de 2020  
Para: Secretaria Municipal de Fazenda  
Assunto: Repasse ao HSS.

Senhor Secretário,

Venho por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria, que se digne autorizar os referidos repasses abaixo relacionados para o Hospital São Sebastião:

- Referente a Recursos covid estadual:  
R\$ 15.000,00 (quinze mil reais).

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

Atenciosamente,

  
Claudiane dos Santos Pietrani Rodrigues  
Secretária Municipal de Saúde e Higiene

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



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E HIGIENE

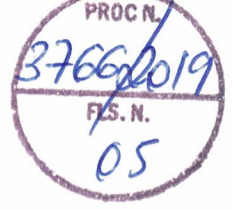
Rua Dr. Eurico Cerbino, 118, centro S. S. do Alto – 28550-000  
CNPJ: 11.174.211/0001-67 – tel.: 22-2559. 1338 Fax: 22-25591204



### ATA DA 4ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 005/2020

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

*LS Soares* *Maide* *AP* *EL* *ER*



# METAS QUALITATIVAS - RECURSO LEITOS CORONAVÍRUS

PERÍODO: JULHO a DEZEMBRO DE 2020

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

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

DATA: 03/11/2020

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: BSS Soares

ASSINATURA DO GESTOR DA SAÚDE: Cláudia S. Pietrani Rodrigues  
Secretária Municipal de Saúde e Higiene  
Mat. 004/03

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: [Handwritten signatures]



**Secretaria Municipal de Saúde e Higiene**

**AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO**

**Autorizo o empenho da importância de:**

R\$ 15.000,00 (Quinze milreais)

**a favor de:**

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

**pela aquisição ou serviço abaixo discriminado:**

SOLICITAÇÃO DE SUB EMPENHO PARA PAGAMENTO CONFORME EMPENHO 047/2020

PROCESSO ADMINISTRATIVO 3766/2019; FONTE COVID ESTADO

São Sebastião do Alto, 10 de dezembro de 2020.

*Claudiane dos S. Pietrani Rodrigues*  
*Secretária Municipal de Saúde e Higiene*  
*047/2020*

---

**Claudiane dos Santos Pietrani**  
Secretária Municipal de Saúde e Higiene



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

## **AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO**

**Autorizo o empenho da importância de:**

R\$ 15.000,00 (quinze mil reais)

**a favor de:**

**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO**

CNPJ. 28.646.628/0001-88

Banco: Itaú


Agencia: 6073

Conta Salário: 01255-8

**pela aquisição ou serviço abaixo discriminado:**

Auxílio financeiro para ressarcimento do procedimento raio x escanometria

São Sebastião do Alto, 10 de dezembro de 2020.

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

NOTA DE EMPENHO

3766/2019  
FLS. N.  
08

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 - ESTADO  
000244/2020 Global Extraordinári

Orgao: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde  
Dotacao: 103050012 1.043 3350.41.00.00 CONTRIBUIÇÕES Conta: 680

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 Jus 1316 Emissao: 06/07/2020  
---Valor orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---  
150.000,00 150.000,00 90.000,00 60.000,00

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

Total Geral  
90.000,00

Genari Giovanil Oliveira Bar  
Agente Administrativo  
N.º 87/0147-08

RESPONSAVEL P/EMISSAO

CONTADOR  
CRC-15.081358-02

Claudia dos S. Petram Rodrigues  
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene  
ORDENADOR DA DESPES



NOTA DE LIQUIDAÇÃO

Estado do Rio de Janeiro  
Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto  
Secretaria de Finanças  
Contadoria Geral do Município  
CGC 28.645.786/0001-13

Fonte de Rec: COVID 19 - ESTADO

Empenho:000244/2020



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

Nº Liquidação: 000838

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 10.12.

Valor:                    15.000,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços  
foi entregue em 10 / 12 / 2020.

-----  
Responsável pela Liquidação

*MAR 99 / 0831/08*



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

10300121.043000.3354.00.00.00 CONTRIBUIÇÕES

680

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


Emissao ...: 10.12. Empenho ..: 000244/2020 Global

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

Empenhado ..:	90.000,00	Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ...:	0,00	da importancia de R\$ 15.000,00
Pago .....	45.000,00	quinze mil reais*****
Ordem Pagto:	15.000,00	*****
A Pagar ...:	15.000,00	*****

Data...: 10.12.2020 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 1316

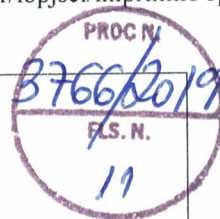
  
 Ordenada por: Patrani Rodrigues  
 Claudete de Saude e Higiene  
 Secretária Municipal de Pagamento  
 Mat. 004703

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto  
 a importancia supra de R\$ 15.000,00  
 quinze mil reais\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 Referente esta Ordem de Pagamento a qual dou(amos) plena  
 e geral quitacao.

Tesouraria	Codigo Banco :	Nro Banco:
	Nro do Cheque:	Agencia ..:
		Nro C/C ..:
		Cidade ...:

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE S.S. DO ALTO

C.P.F./ C.I.



**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)  
 Data da operação: 10/12/2020 - 13h46  
 N° de controle: 190786377438949219 | Documento: 3250772

Conta de débito: **Agência: 1888 | Conta: 0040415-2 | Tipo: CONTA CORRENTE**  
 Empresa: **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE | CNPJ: 011.174.211/0001-67**

Nome do favorecido: **ASSOC HOSPITALAR DE S.S. DO ALTO**  
 CNPJ: **28.646.628/0001-88**

Conta de crédito: **Banco: 341 - ITAU UNIBANCO S.A. | Agência: 6073 | Conta: 12558**  
 Tipo de conta: **CONTA-CORRENTE INDIVIDUAL**

Finalidade: **10 - CREDITO EM CONTA**

Valor **R\$ 15.000,00**

Tarifa: **R\$ 11,05**

Valor total: **R\$ 15.011,05**

Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**  
**Crédito disponível no mesmo dia da data de débito**

Data de débito: **10/12/2020**

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**

sRnUZpyx F13yddYX RtkKbfff X2LVP?23 wy7hhVFd gg27ws8y ZYBtYF6U T#Li2tK3  
 ypcZ8HAA LfyU#XAn l9YdgJL6 m4CpFR\*b sEY8Bu\*8 r2i9pURj IPsD4rBy RM4zWzdc  
 jxDoZnXK scB?6CIX TIXyYGeK pOBq8tnm IW8J3A5t v9IN8wCO 32507721 0/12/202

<b>SAC - Serviço de Apoio ao Cliente</b>	Alô Bradesco	Deficiente Auditivo ou de Fala	Cancelamentos, Reclamações e Informações.	Demais telefones consulte o site <b>Fale Conosco</b>
	0800 704 8383	0800 722 0099	Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.	
<b>Ouvidoria</b>	0800 727 9933 Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.			