



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 11/02/2021



11.02.2021

Processo Nº 3125/2020

Ordem de Pagamento Nº 103

Empenho Nº 029/2021



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

PROCN  
 3125/2020  
 FLS. N.  
 02  
 Página: 1

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO N°: 76

ANO: 21

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 DE REPASSE A ASSOCIAÇÃO CONFORME EMPENHO 029/2021; PROCESSO ADMINISTRATIVO 3125/2020

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. Pietrangeli  
 Secretária Mun. de Saúde e Higiene  
 Mar 04/05



**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 1 0 / 2 0 2 1**

---

Data: 11 de fevereiro de 2021  
Para: Secretaria Municipal de Fazenda  
Assunto: Repasse ao HSS.

Senhor Secretário,

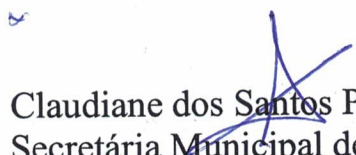
Venho por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria, que se digne autorizar os referidos repasses abaixo relacionados para o Hospital São Sebastião:

- Referente a Recursos COVID ESTADO:

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



PROCN  
3125/2021  
P.L.S. N.  
04

### ATA DA 1ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 001/2021

1. Às 09h do dia 2 de fevereiro do ano de dois mil e vinte um, na Secretaria Municipal de  
2 Saúde e Higiene de São Sebastião do Alto, no setor de Controle e Avaliação, situada à Rua  
3 Dr. Eurico Cerbino, nº 118, na cidade de São Sebastião do Alto/RJ, foi realizado a 1ª  
4 reunião da Comissão de Acompanhamento do Convênio nº 001/2021 do fundo municipal  
5 de saúde, firmado com a Associação Hospitalar de São Sebastião do Alto, e contou com a  
6 presença dos seguintes membros: representantes da Associação Hospitalar, Maihara de  
7 Souza Almeida, Karina Pietrani Conceição Palagar; representantes da Secretaria Municipal  
8 de Saúde e Higiene Camili Pinto Jardim e representante do Conselho Municipal de Saúde,  
9 Elis Regina da Costa, além da presença de Leonardo dos Santos Soares representando a  
10 Associação Hospitalar. Iniciando os trabalhos, foram analisadas as metas qualitativas do  
11 mês de janeiro de 2021. Após avaliação do Documento Descritivo e do relatório de  
12 avaliação enviado pela Associação Hospitalar atestamos o cumprimento de 100%, sendo  
13 autorizado o repasse federal da quantia de R\$ 63.298,51 (sessenta e três mil, duzentos e  
14 noventa e oito reais e cinquenta e um centavos), correspondente aos 60% do valor pré-  
15 fixado definido no Convênio; 100% referente ao repasse municipal o valor de R\$  
16 195.000,00 (cento e noventa e cinco mil reais) e 100% referente ao repasse municipal  
17 (suplementar) o valor de R\$ 41.400,00 (quarenta e um mil e quatrocentos reais). Sobre o  
18 repasse da fonte de recurso cofi-raps atestamos o cumprimento de 100% das metas  
19 qualitativas, sendo autorizado o repasse no valor de R\$ 40.392,79 (quarenta mil trezentos  
20 e noventa e dois reais e setenta e nove centavos) correspondente aos 60% do valor pré-  
21 fixado definido no Convênio. Sobre o repasse da fonte de recurso do PAHI atestamos o  
22 cumprimento de 100% das metas qualitativas, sendo autorizado o repasse de R\$  
23 31.200,00 (trinta e um mil, e duzentos reais), correspondente aos 60% do valor pré-  
24 fixado definido no Convênio. Em relação ao repasse da fonte cirurgia eletivas atestamos o  
25 cumprimento de 100% das metas qualitativas, sendo autorizado o repasse de R\$ 4.961,03  
26 (quatro mil, novecentos e sessenta e um reais e três centavos), correspondente aos 60%  
27 do valor pré-fixado definido no Convênio. Em relação à fonte de recurso covid-estado  
28 atestamos o cumprimento de 100%, sendo autorizado o repasse do recurso para  
29 manutenção de leitos para o combate ao coronavírus à quantia de R\$ 15.000,00 (quinze  
30 mil reais). Em relação às metas quantitativas foi analisado também o mês de janeiro de  
31 2021. Após avaliação da produção apresentada atestamos o cumprimento de 100% da  
32 meta federal, sendo autorizado o repasse da quantia de R\$ 42.199,01 (quarenta e dois  
33 mil, cento e noventa e nove reais e um centavo), correspondente aos 40% do valor pré-  
34 fixado definido no Convênio. Das metas do recuso municipal, atestamos o cumprimento de  
35 100% (recurso municipal), sendo autorizado o repasse da quantia de R\$ 130.000,00  
36 (cento e trinta mil reais), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no  
37 Convênio. De acordo com os parágrafos quinto e sexto do Convênio nº 001/2021,  
38 decidimos pelo pagamento de 100% do repasse municipal (suplementar), sendo  
39 autorizado o repasse de R\$ 27.600,00 (vinte e sete mil seiscentos reais), referente a  
40 excedente de procedimentos/cirurgias. Em relação a fonte de recurso cofi-raps atestamos  
41 o cumprimento de 100% das metas quantitativas, sendo autorizado o repasse da quantia  
42 de R\$ 26.928,53 (vinte e seis mil novecentos e vinte oito reais e cinquenta e três  
43 centavos), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Em relação  
44 a fonte de recurso PAHI atestamos o cumprimento de 100% das metas quantitativas,  
45 sendo autorizado o repasse da quantia de R\$ 20.800,00 (vinte mil e oitocentos reais),  
46

LS Soares opjardim [assinatura] [assinatura] [assinatura]



## 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 1ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 001/2021

47 correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Em relação a fonte de  
48 recurso cirurgia eletiva atestamos o cumprimento de 100% da metas quantitativas , sendo  
49 autorizado o repasse da quantia de R\$ 3.307,35 (três mil, trezentos e sete reais e trinta e  
50 cinco centavo), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Além  
51 desse repasse foi autorizado o pagamento de R\$ 6.300,00 (seis mil e trezentos reais),  
52 referente aos pagamentos de cirurgias/procedimentos urológicos realizados fora do  
53 município e que não faz parte da contratualização. Total geral avaliado e a ser repassado  
54 de acordo com as fontes de recurso das metas qualitativas e quantitativas, referente ao  
55 mês de janeiro de 2021: Recurso Federal R\$ 105.497,52 (cento e cinco mil quatrocentos e  
56 noventa e sete reais e cinquenta e dois centavos. Recurso Municipal (incluindo o recurso  
57 extra) R\$ 400.300,00 (quatrocentos mil e trezentos reais). Recurso do COFI-RAPS R\$  
58 67.321,32 (sessenta e sete mil trezentos e vinte um reais e trinta e dois centavos).  
59 Recurso PAHI R\$ 52.000,00 (cinquenta e dois mil reais). Recurso Cirurgia Eletiva R\$  
60 8.268,38 (oito mil duzentos e sessenta e oito reais e trinta e oito centavos). Recurso Covid  
61 Estado R\$ 15.000,00 (quinze mil reais). Total geral avaliado e a ser repassado de acordo  
62 com as metas qualitativas e quantitativas, referente ao mês de janeiro de 2021 R\$  
63 648.387,22 (seiscentos e quarenta e oito mil, trezentos e oitenta e sete reais e vinte e  
64 dois centavos), conforme relatório em anexo do Controle e Avaliação. Não tendo mais  
65 nada a ser discutido, a ata foi lida, aprovada e assinada por todos os representantes.  
66

*JSScar*

*Opjardim*

3125/2020  
P.S. II.  
06

## ANEXO I - DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS FEDERAL

**PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2021**

**NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO**

**MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO**

ATENÇÃO A SAÚDE (AÇÕES)	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS		
	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
<b>- 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.</b>			
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). <b>OBS:</b> 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: <a href="http://www.saude.gov.br/aceso_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)">www.saude.gov.br/aceso_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)</a> .	X		
<b>- 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.</b> <span style="float: right;">Resolução</span>			
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. <b>OBS:</b> 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		
<b>- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (Obrigatório 2%)</b>			
1. Apresentar mensalmente ao Gestor Municipal os relatórios elaborados pela CCIH. <b>OBS:</b> 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 <b>público e corpo clínico</b> 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		
<b>Participação nas políticas prioritárias do SUS.</b>			
<b>- Política Nacional de Medicamentos (Obrigatório 2%)</b>			
1. Apresentar mensalmente responsabilidade técnica do farmaceutico atualizada.	X		
2. Apresentar uma padronização minima 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		
<b>- Alimentação e Nutrição (Obrigatório 2%) - Ler: RCD nº 216, 15/09/2004</b>			
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		

3125/2021  
P.S.M.  
07

## ANEXO I - DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS FEDERAL

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2021

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. <b>Resolução RDC-306/04</b>	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: 02/02/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO:

*Jos Soares*

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:

*[Assinatura]*

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:

*expardim*

*[Assinatura]*

*[Assinatura]*

*[Assinatura]*

# ANEXO IV- DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS - RECURSO MUNICIPAL

PERÍODO: JANEIRO A DEZEMBRO DE 2021

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

3125/2021  
P.L.S. N.  
08

. 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 perfuro-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. <b>OBS:</b> Minimamente os relatórios deverão conter os seguintes itens: a) Introdução; b) Metodologia - como e onde foram obtidos os dados; c) Resultados encontrados e análises; d) Conclusões e sugestões	X		
2- Implementar um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (PNH).	X		
3. Disponibilizar recursos físicos que visam garantir a segurança e integridade físicas dos usuários e tabalhadores: Sistema de sinalização interna (identificação dos serviços); adoção de medidas de segurança (barreira de proteção, alerta de piso escorregadio).	X		
DATA: 02/02/2021			

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: BSSOARS

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: epjardim [assinatura] [assinatura] [assinatura]

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: [assinatura]



PROCN  
3125/2020  
S.S. II.  
09

## ANEXO I - METAS QUALITATIVAS CIRURGIA ELETIVA

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2021

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 os serviços de cirurgia eletiva e de urgência.	X		
2. manter equipe médica e de enfermagem de sobreaviso para eventuais urgências.	X		

02/02/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO:

*J. Soares*

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:

*Cardim* *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*

## ANEXO II- METAS QUALITATIVAS - RECURSO COFI-RAPS

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2021

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO



AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
1. Manter no hospital o leito Psiquiátrico de acordo com as determinações da Resolução da SES 1911 de 23/09/2019.	X		
2. Fornecer equipe médica capacitada para o atendimento de paciente com o perfil psiquiátrico.	X		
3. Fornecer equipe de enfermagem capacitada para o atendimento de paciente com o perfil psiquiátrico.	X		
4. Disponibilizar recursos físicos que visam garantir a segurança e integridade físicas dos usuários.	X		
DATA: 02/02/2021			

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO:

*LSSOANS*

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:

*expedim*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:

*[Handwritten signature]*

## ANEXO I - METAS QUALITATIVAS PAHI

**PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2021**

**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 os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) atualizados e disponíveis para consulta nos seguintes setores: Pronto Socorro, Posto de Enfermagem e Cozinha.	X		
2. Arrumar os leitos de acordo com o layout e em conformidade com a RDC 50/2002.	X		
3. Fazer e registrar o controle de temperatura do posto de enfermagem, pronto socorro, centro cirurgico e cozinha, o controle deve ser feito do ambiente e das geladeiras que existirem nesses locais, e essa medição deve ocorrer 3 vezes ao dia.	X		
4. Providenciar Equipamento de Proteção Individual (EPI) para os funcionários da esterelização, lavanderia e limpeza.	X		

02/02/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: Jos Soares

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: Carla Lima [Assinatura] [Assinatura] [Assinatura]

PROCN  
3125/2020  
F.S.N.  
12

## METAS QUALITATIVAS - RECURSO LEITOS CORONAVÍRUS

PERÍODO: JANAIEIRO a DEZEMBRO DE 2021

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: 02/02/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: Lossoures

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: [Assinatura]

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: [Assinatura] [Assinatura] [Assinatura]

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

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2021

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

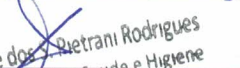
MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO





3125/2021  
P.S.M.  
13

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: 02/02/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:  Claudiane dos Pietrani Rodrigues  
Secretária Mun. de Saúde e Higiene  
Mat 004/03

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:    

**HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO POA x PRODUÇÃO REALIZADA - JANEIRO 2021 - RECURSO FEDERAL**

PREMISSA	
95 a 105%	100%
81 a 94%	80%
70 a 80%	70%

<b>Valor Pré-Fixado</b>	
<b>105.497,52</b>	
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
<b>42.199,01</b>	<b>63.298,51</b>

*3125/2021*  
*19*  
*R.S.N.*

<b>INTERNAÇÃO</b>		jan/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>	<b>POA</b>	
Cirurgia	9	3
Obstetria	3	2
Clinica Medica	42	23
Pediatria	6	2
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>30</b>

<b>PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS</b>	
Cirurgia	33%
Obstetria	67%
Clinica Medica	55%
Pediatria	33%
<b>% (Teto Maximo 40 %)</b>	<b>50%</b>

<b>AMBULATÓRIO</b>		jan/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>	<b>POA</b>	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	2.000	2.900
..0204-Diagnóstico por radiologia	285	400
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	40	60
..0206-Diagnóstico por tomografia	50	50
..0209-Diagnóstico por endoscopia	30	30
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	50	50
..0214-Diagnóstico por teste rápido		
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>2.455</b>	<b>3.490</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	2.011	3.200
..0302-Fisioterapia		
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	18	18
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>2.029</b>	<b>3.218</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa		
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Total Ambulatorial</b>	<b>4.484</b>	<b>6.708</b>

<b>PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS</b>	
..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	
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>142%</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>159%</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	<b>0%</b>
<b>Média % Ambulatorial (Teto Maximo 60 %)</b>	<b>150%</b>

<b>INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO</b>	<b>100%</b>
<b>VALOR DEFINIDO</b>	<b>42.199,01</b>
<b>DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS</b>	<b>-</b>

*Lossanes*  
*CP Jardim*



**HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO POA x PRODUÇÃO REALIZADA - JANEIRO 2021 RECURSO MUNICIPAL**

PREMISSA	
95 a 105%	100%
81 a 94%	80%
70 a 80%	70%

<b>Valor Pré-Fixado</b>	
<b>325.000,00</b>	
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
<b>130.000,00</b>	<b>195.000,00</b>

3125/2021  
P.L.S. N.  
15

<b>INTERNAÇÃO</b>		jan/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>	<b>POA</b>	
Cirurgia	5	
Obstetricia	-	2
Clinica Medica	10	14
Pediatria	3	
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>16</b>

<b>PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS</b>	
Cirurgia	0%
Obstetricia	0%
Clinica Medica	140%
Pediatria	100%
<b>% (Teto Maximo 40 %)</b>	<b>89%</b>

<b>AMBULATÓRIO</b>		jan/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>	<b>POA</b>	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	700	950
..0204-Diagnóstico por radiologia	106	150
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	8	40
..0206-Diagnóstico por tomografia	100	10
..0209-Diagnóstico por endoscopia	4	6
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	40	70
..0214-Diagnóstico por teste rápido	200	200
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>1.158</b>	<b>1.426</b>
..0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	3.000	3.300
..0302-Fisioterapia	-	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	15	80
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>3.015</b>	<b>3.380</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	200	200
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	<b>200</b>	<b>200</b>
<b>Total Ambulatorial</b>	<b>4.373</b>	<b>5.006</b>

<b>PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS</b>	
..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	
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>123%</b>
..0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>112%</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	<b>100%</b>
<b>Média % Ambulatorial (Teto Maximo 60 %)</b>	<b>112%</b>

<b>INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO</b>	<b>100%</b>
<b>VALOR DEFINIDO</b>	<b>130.000,00</b>
DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS	-

L. Soares  
E. Jardim



**HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO METAS QUANTITATIVAS ANEXO II - 2021 - RECURSO PAHI**

3125/2021  
F.S.N.  
16

PREMISSA	
95 a 105%	100%
81 a 94%	80%
70 a 80%	70%

<b>Valor Pré-Fixado</b>	
<b>52.000,00</b>	
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
<b>20.800,00</b>	<b>31.200,00</b>

AMBULATÓRIO		Jan/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	300	400
..0204-Diagnóstico por radiologia	100	120
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	5	20
..0206-Diagnóstico por tomografia	5	5
..0209-Diagnóstico por endoscopia	-	-
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	10	10
..0214-Diagnóstico por teste rápido		
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>420</b>	<b>555</b>
..0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	500	710
..0302-Fisioterapia	-	-
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	30	60
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>530</b>	<b>770</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	150	34
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	<b>150</b>	<b>34</b>
<b>Total Ambulatorial</b>	<b>1.100</b>	<b>1.359</b>

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	
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>132%</b>
..0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>145%</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	<b>23%</b>
<b>Média % Ambulatorial (Teto Maximo 40 %)</b>	<b>100%</b>

<b>VALOR DEFINIDO</b>	<b>26.000,00</b>
DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS	-

ISSOARES  
E. P. Jardim



**HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO METAS QUANTITATIVAS ANEXO II- 2021 - RECURSO COFI-RAPS**

3125/2021  
R.S.N.  
17

PREMISSA	
95 a 105%	100%
81 a 94%	80%
70 a 80%	70%

<b>Valor Pré-Fixado</b>	
<b>67.321,32</b>	
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
<b>26.928,53</b>	<b>40.392,79</b>

AMBULATÓRIO		Jan/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	400	610
..0204-Diagnóstico por radiologia	100	150
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	5	10
..0206-Diagnóstico por tomografia	5	5
..0209-Diagnóstico por endoscopia	-	
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	10	10
..0214-Diagnóstico por teste rápido		
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>520</b>	<b>785</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	600	900
..0302-Fisioterapia	-	-
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	50	71
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>650</b>	<b>971</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	100	-
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	<b>100</b>	<b>-</b>
<b>Total Ambulatorial</b>	<b>1.270</b>	<b>1.756</b>

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		
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>		<b>151%</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos		
..0302-Fisioterapia		
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)		
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>		<b>149%</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa		
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>		<b>0%</b>
<b>Média % Ambulatorial (Teto Maximo 40 %)</b>		<b>100%</b>

<b>VALOR DEFINIDO</b>	<b>26.928,53</b>
-----------------------	------------------

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

Lo Soares  
CP Jardim

**HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO METAS QUANTITATIVAS ANEXO II - 2021 - RECURSO CIRURGIA ELETIVA**

PREMISSA	
95 a 105%	100%
81 a 94%	80%
70 a 80%	70%

<b>Valor Pré-Fixado</b>	<b>8.268,38</b>
Valor das Metas Quantitativas	3.307,35
Valor das Metas Qualitativas	4.961,03

3625/2020  
18

INTERNACÃO		Jan/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>		<b>POA</b>
Cirurgia	1	1
Obstetria		
Clinica Medica		
Pediatria		
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS</b>		
Cirurgia		100%
<b>% (Teto Maximo 60 %)</b>		<b>100%</b>
<b>VALOR DEFINIDO</b>		<b>3.307,35</b>
DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS		-

Lossouze  
e Jardim

**HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO POA x PRODUÇÃO REALIZADA - JANEIRO 2021 RECURSO MUNICIPAL EXTRA**

PREMISSA	
95 a 105%	100%
81 a 94%	80%
70 a 80%	70%

<b>Valor Pré-Fixado</b>	
<b>69.000,00</b>	
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
<b>27.600,00</b>	<b>41.400,00</b>

<b>INTERNAÇÃO</b>		jan/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>	<b>POA</b>	
Cirurgia		
Obstetria		
Clinica Medica	4	4
Pediatria	-	-
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

<b>PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS</b>	
Cirurgia	
Obstetria	0%
Clinica Medica	100%
Pediatria	0%
<b>% (Teto Maximo 60 %)</b>	<b>100%</b>

<b>AMBULATÓRIO</b>		jan/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>	<b>POA</b>	

..0201-Coleta de Material	-	-
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	1.321	1.321
..0204-Diagnóstico por radiologia	148	148
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	30	30
..0206-Diagnóstico por tomografia	1	1
..0209-Diagnóstico por endoscopia	-	-
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	10	10
..0214-Diagnóstico por teste rápido	176	176
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>1.686</b>	<b>1.686</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	1.198	1.198
..0302-Fisioterapia	318	318
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	293	293
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>1.809</b>	<b>1.809</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	-	-
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	-	-
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	-	-
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	-	-
<b>Total Ambulatorial</b>	<b>3.495</b>	<b>3.495</b>

<b>PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS</b>	
..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	
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>100%</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>100%</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	<b>0%</b>
<b>Média % Ambulatorial (Teto Maximo 40 %)</b>	<b>100%</b>

<b>INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO</b>	<b>100%</b>
---------------------------------	-------------

<b>VALOR DEFINIDO</b>	<b>27.600,00</b>
-----------------------	------------------

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

Jo Soares  
CP Jardim



**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 DE REPASSE A ASSOCIAÇÃO CONFORME EMPENHO 029/2021; PROCESSO ADMINISTRATIVO 3125/2020

São Sebastião do Alto, 11 de março de 2021.

---

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

PROCM  
31250020  
L.S.N.  
21



**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:**

Repasse associação

São Sebastião do Alto, 11 de fevereiro de 2021.

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

NOTA DE EMPENHO

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

3125/2021  
22

Fonte de Rec: COVID 19 - ESTADO  
000029/2021 Global Orçamentário

Unid: 01 Fundo Municipal de Saude

CONTRIBUIÇÕES

Conta: 1575

Orgao: 01 Fundo Municipal de Saude

Dotacao: 103050012 1.043 3350.41.00.00

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

Não se Aplica

---Valor orçado---

---Saldo Anterior---

3125  
-Valor do Empenho-

Emissao: 04/01/2021

---Saldo Atual---

180.000,00

180.000,00

180.000,00

0,00

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1	12	UNDREPASSE A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR, CONFORME CONTRATO FIRMADO COM O MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO - PLANILHAS E DOCUMENTOS ANEXADOS AO PROCESSO (COVID ESTADO)		15.000,0000	180.000,00

Total Geral  
180.000,00

*Gemal Giovanni Oliveira Barral*  
Assente Administrativo  
Mat. 877/0447-08

*Marcia Maria Gomes da Silva*  
Contador  
CRC 081358/02  
Mat. 684287-05

*Claudia dos S. Pietram Rodrigues*  
Secretária Mun de Saude e Higiene  
Mat. 004/03

RESPONSAVEL P/EMISSAO

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESAS

*Rafael Ribeiro Garcia*  
al  
Mat. 000000-00

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:000029/2021



Orgão: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: Fundo Municipal de Saúde  
Dotação: 103050012 1.043 3350.41.00.00 CONTRIBUIÇÕES Conta: 1575

Nº Liquidação: 000087

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 11.02.

Valor: 15.000,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços  
foi entregue em 11 / 02 / 2021.

A handwritten signature in blue ink is enclosed within a hand-drawn circle. The signature appears to be 'HR'.

-----  
Responsável pela Liquidação

*Handwritten signature and date: MAR 99 / 083103*

PROCY.  
3125/2020  
I.S.N.  
24  
1575

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

10300121.043000.3354.00.00.00 CONTRIBUIÇÕES

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

Emissao ...: 11.02. Empenho ..: 000029/2021 Global

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

Empenhado ..: 180.000,00 Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento  
Anulado ....: 0,00 da importancia de R\$ 15.000,00  
Pago .....: 0,00 quinze mil reais\*\*\*\*\*  
Ordem Pagto: 15.000,00 \*\*\*\*\*  
A Pagar ....: 15.000,00 \*\*\*\*\*

Data...: 11.02.2021 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 3125

*Claudiane dos S. Prietani Rodrigues*  
Ordem de Pagamento  
Secretaria Mun. de Saude e Higiene  
Mar. 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) plen  
e geral quitacao.

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE S.S. DO ALTO

C.P.F./ C.I. \_\_\_\_\_

-----



PROC N.  
3125/2020  
L.S.N.  
25



### Comprovante de Transação Bancária

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)  
Data da operação: 11/02/2021 - 11h05  
Nº de controle: 025154202837197300 | Documento: 2687087

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: **11/02/2021**

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

JMJwv5?V cZsyYzWG S7ZyP4ZA p24qxRXO ypOzqSoT KRS@\*jPZ GM49L9@G j6FTOjb\*  
LFa6ZBMJ BWFSQ6s6 MNCQbcFe Y?PbSfNN BRStIQc 9ShBBTOH xVnYvqXN vls7QceY  
ukre@cWQ kWCcrU8z pqGga5bV bJJQSi6b DunGpICC Z6kN#P5D 26870871 1/02/202

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