

40415-2



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: Repasse

Início em 04 / 01 / 2021



Processo N° 1316/2020

Ordem de Pagamento N°

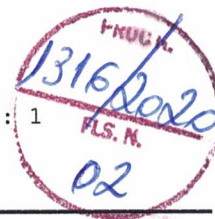
29

Empenho N° 244/2020



**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



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO N°: 28

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 CONFORME EMPENHO 244/2020  
 PROCESSO ADMINISTRATIVO 1316/2020

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

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

\*

**VALOR POR EXTENSO:**  
 Trinta milreais

**TOTAL\_FORNECIMENTO: R\$ 30.000,00**

<b>Aceite FIRMA:</b>	<b>Aceite PREFEITURA:</b>	Claudiane dos S. Pietrani Rodrigues Secretária Municipal de Saúde e Higiene Mat: 004/03	1
----------------------	---------------------------	---	---



**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 0 4 / 2 0 2 1**

---

Data: 04 de janeiro de 2021  
Para: Secretaria Municipal de Fazenda  
Assunto: Repasse ao HSS.

Senhor Secretário,

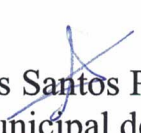
Venho por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria, que se digne autorizar os referidos repasses abaixo relacionados para o Hospital São Sebastião:

- Referente a Recursos COVID ESTADO:

R\$ 30.000,00 (trinta 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 6ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 005/2020

1  
2 Às 11:30h do dia 4 de janeiro do ano de dois mil e vinte um, 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 6ª  
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 dezembro 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 dezembro de 2020:  
17 R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), conforme relatório em anexo do Controle e Avaliação.  
18 Não tendo mais nada a ser discutido, a ata foi lida, aprovada e assinada por todos os  
19 representantes.  
20

*Soares*      *PP*      *Maihara*      *GR*      *ES*

PROC. N.º 1316/2020  
 FLS. N.º 05

## METAS QUALITATIVAS - RECURSO LEITOS CORONAVÍRUS

PERÍODO: JULHO a DEZEMBRO DE 2020

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

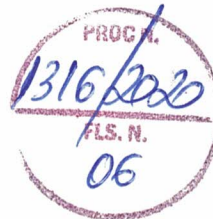
ATENÇÃO A SAÚDE (AÇÕES)	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS		
	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
1- Manter o serviço de internação exclusivo para covid 19 em funcionamento 24 horas com um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem.	X		
2- Disponibilizar a medicação necessária para tratamento da covid 19.	X		
3- Equipe 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: 04/01/2020

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: *Lozano*

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

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: *[Assinaturas]*



**Secretaria Municipal de Saúde e Higiene**

**AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO**

**Autorizo o empenho da importância de:**

R\$ 30.000,00 (Trinta 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 CONFORME EMPENHO 244/2020  
PROCESSO ADMINISTRATIVO 1316/2020

São Sebastião do Alto, 04 de Janeiro de 2021.

---

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

PROCM  
1316/2020  
P.S. N.  
07



**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\$ 30.000,00 (trinta 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, 04 de janeiro de 2021.

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

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



Fonte de Rec: COVID 19 - ESTADO  
000244/2020 Global Extraordinário

Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde

Orgao: 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. 28.646.628/0001-88

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

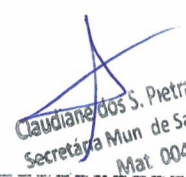
Total Geral  
90.000,00

  
Genari Giovanni Oliveira Barreto  
Agente Administrativo  
Mat. 87/0147-08

RESPONSÁVEL P/ EMISSÃO

  
Cláudia Maria Gomes da Silva  
Contador  
CRC RJ 081358/02  
Mat. 95 0467-05

CONTADOR

  
Claudiane dos S. Pretrani Rodrigues  
Secretária Mun. de Saúde e Higiene  
Mat. 004/03

ORDENADOR DA DESPESA

  
RAFAEL RIGUETE GARCEZ  
CONTROLADOR GERAL  
MAT. 210873-08



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  
Dotação: 103050012 1.043 3050.00.00.00

Unid: Fundo Municipal de Saúde  
Conta:

Nº Liquidação: 000024

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 14.01.

Valor: 30.000,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços  
foi entregue em 14 / 01 / 2020.

-----  
Responsável pela Liquidação

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

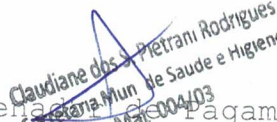
Emissao ...: 14.01. Empenho ..: 000244/2020 Restos

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

Empenhado ..:	30.000,00	Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ....:	0,00	da importancia de R\$ 30.000,00
Pago .....	0,00	trinta mil reais*****
Ordem Pagto:	30.000,00	*****
A Pagar ....:	30.000,00	*****

Data...: 14.01.2021 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 1316

  
 Claudiane dos Santos Pietram Rodrigues  
 Secretária Mun. de Saude e Higiene  
 Matr. 004403

-----

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto a importancia supra de R\$ 30.000,00 trinta 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: 14/01/2021 - 12h04

Nº de controle: 532787380850861879 | Documento: 7899964

1316/2020  
F.S. N.  
19

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\$ 30.000,00**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 30.011,05**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**  
**Crédito disponível no mesmo dia da data de débito**Data de débito: **14/01/2021**

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**

MkUk3B5z GmR@ssJu 2gqRmTKM kmV7mM3x j8svgmIM rml1wPL3 8OaG33ZS L6CyUGsH  
U?KsmW80 UChStOqG kd5Y29yg jNX6im4a 8m1Es3kB syA\*vRRC i2rQQh3K ZFOwrB4N  
hStkM2PQ Vt6P\*zi8 nfssB7SQ 3AdOD9C8 fUBp?Hby 9iEN8v@r 78999641 4/01/202

**SAC - Serviço de Apoio ao Cliente**Alô Bradesco  
0800 704 8383Deficiente Auditivo ou de Fala  
0800 722 0099Cancelamentos, Reclamações e Informações.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.Demais telefones  
consulte o site  
Fale Conosco**Ouvidoria**

0800 727 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.