

40405-2



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 São Sebastião do
Alto

Assunto: Repasso

Início em 10/05/2021



11.05.2021

Processo Nº 3125/2021

Ordem de Pagamento Nº 289

Empenho Nº 029/2021



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 4 6 / 2 0 2 1

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

Senhor Secretário,

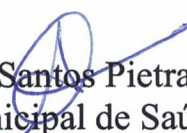
Venho por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria, que se digne autorizar os referidos repasses abaixo relacionados para o Hospital São Sebastião:

- 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



ATA DA 4ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 001/2021

1
2 Às 09h do dia 3 de maio do ano de dois mil e vinte um, 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 4ª reunião
5 da Comissão de Acompanhamento do Convênio nº 001/2021 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 Camili Pinto Jardim e representante do Conselho Municipal de Saúde, Elis
10 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 abril de 2021. Após avaliação do Documento Descritivo e do relatório de avaliação
13 enviado pela Associação Hospitalar atestamos o cumprimento de 100%, sendo autorizado
14 o repasse federal da quantia de R\$ 63.298,51 (sessenta e três mil, duzentos e noventa e
15 oito reais e cinquenta e um centavos), correspondente aos 60% do valor pré-fixado
16 definido no Convênio; 100% referente ao repasse municipal o valor de R\$ 195.000,00
17 (cento e noventa e cinco mil reais) e 100% referente ao repasse municipal (suplementar)
18 o valor de R\$ 41.400,00 (quarenta e um mil e quatrocentos reais). Sobre o repasse da
19 fonte de recurso cofi-raps atestamos o cumprimento de 100% das metas qualitativas,
20 sendo autorizado o repasse no valor de R\$ 40.392,79 (quarenta mil trezentos e noventa e
21 dois reais e setenta e nove centavos) correspondente aos 60% do valor pré-fixado
22 definido no Convênio. Sobre o repasse da fonte de recurso do PAHI atestamos o
23 cumprimento de 100% das metas qualitativas, sendo autorizado o repasse de R\$
24 31.200,00 (trinta e um mil, e duzentos reais), correspondente aos 60% do valor pré-
25 fixado definido no Convênio. Em relação ao repasse da fonte cirurgia eletivas atestamos o
26 cumprimento de 100% das metas qualitativas, sendo autorizado o repasse de R\$ 4.961,03
27 (quatro mil, novecentos e sessenta e um reais e três centavos), correspondente aos 60%
28 do valor pré-fixado definido no Convênio. Em relação à fonte de recurso covid-estado
29 atestamos o cumprimento de 100%, sendo autorizado o repasse do recurso para
30 manutenção de leitos para o combate ao coronavírus à quantia de R\$ 15.000,00 (quinze
31 mil reais). Em relação às metas quantitativas foi analisado também o mês de abril de
32 2021. Após avaliação da produção apresentada atestamos o cumprimento de 100% da
33 meta federal, sendo autorizado o repasse da quantia de R\$ 42.199,01 (quarenta e dois
34 mil, cento e noventa e nove reais e um centavo), correspondente aos 40% do valor pré-
35 fixado definido no Convênio. Das metas do recuso municipal, atestamos o cumprimento de
36 100% (recurso municipal), sendo autorizado o repasse da quantia de R\$ 130.000,00
37 (cento e trinta mil reais), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no
38 Convênio. De acordo com os parágrafos quinto e sexto do Convênio nº 001/2021,
39 decidimos pelo pagamento de 100% do repasse municipal (suplementar), sendo
40 autorizado o repasse de R\$ 27.600,00 (vinte e sete mil seiscentos reais), referente a
41 excedente de procedimentos/cirurgias. Em relação a fonte de recurso cofi-raps atestamos
42 o cumprimento de 100% das metas quantitativas, sendo autorizado o repasse da quantia
43 de R\$ 26.928,53(vinte e seis mil novecentos e vinte oito reais e cinquenta e três
44 centavos), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Em relação
45 a fonte de recurso PAHI atestamos o cumprimento de 100% das metas quantitativas,
46 sendo autorizado o repasse da quantia de R\$ 20.800,00 (vinte mil e oitocentos reais),

Soares

epjardim



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 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\$ 10.300,00 (dez 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 abril 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\$ 404.300,00 (quatrocentos e quatro mil e trezentos reais). Recurso do COFI-
58 RAPS R\$ 67.321,32 (sessenta e sete mil trezentos e vinte um reais e trinta e dois
59 centavos). Recurso PAHI R\$ 52.000,00 (cinquenta e dois mil reais). Recurso Cirurgia
60 Eletiva R\$ 8.268,38 (oito mil duzentos e sessenta e oito reais e trinta e oito centavos).
61 Recurso Covid Estado R\$ 15.000,00 (quinze mil reais). Total geral avaliado e a ser
62 repassado de acordo com as metas qualitativas e quantitativas, referente ao mês de abril
63 de 2021 R\$ 652.387,22 (seiscentos e cinquenta e dois mil, trezentos e oitenta e sete reais
64 e vinte e dois centavos), conforme relatório em anexo do Controle e Avaliação. Não tendo
65 mais nada a ser discutido, a ata foi lida, aprovada e assinada por todos os representantes.
66

LSSoares

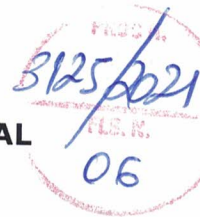
opcardim

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
• 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 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		
• 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

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2021

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

31/25/2021
07


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 Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) atualizado.	X		
.PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS			
. Serviços de Leitos de Retaguarda em Clínicas Médicas (Obrigatório 2%) -			
1. Apresentar mensalmente relatório com o quadro de horário de escalas de sobreaviso das especialidades médicas de ortopedia, clínica médica, pediatria, cirurgia geral e obstetrícia.	X		
2. Apresentar mensalmente relatório dos pacientes que utilizarem os serviços de sobreaviso.	X		
3. Disponibilizar recursos físicos e profissionais que visem garantir a realização de serviços pelo período de 24 horas, devidamente comprovados em escalas de serviços médicos.	X		
4. Elaborar e fixar em locais visíveis a escala de sobreaviso pelo diretor médico responsável.	X		

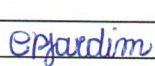


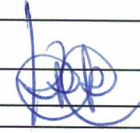
DATA: 03/05/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: _____

ASSINATURA DO GESTOR DA UMSH: _____

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: _____


CLAUDIANE DOS SANTOS P. ADORNO
 Secretária Municipal de Saúde e Higiene
 nº 21/0422-12

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
FLS. N.
08

. Saúde do Trabalhador (Obrigatório 2%)	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS		
	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
1. Apresentar mensalmente ao Gestor Municipal relatório de doenças (lesões) frequentes 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 menifestações 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: 03/05/2021			

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: Lossou

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

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: [Assinatura]

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Mún. de Saúde e Higiene
Mat. 21/4023-12

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

PROCN
 3125/2021
 FILED IN
 09

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: 03/05/2021			

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: *L. Soares*

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: *Opardim* *[Signature]* *[Signature]* *[Signature]*

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: *[Signature]*
CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
 Secretária Mun. de Saúde e Hig. e H. S. P.
 Tel. 214993-42

PROS
3125/2021
S.S. R.
10

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 funcionarios da esterelização, lavanderia e limpeza.	X		

03/05/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO:

ASSINATURA DO GESTOR DA UNIDADE:

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:

Handwritten signature: PSC
SAUDANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
 Secretária Mun. de Saúde e Higiene
 044.219823-12

Handwritten signature: oparedim
Handwritten signature: [unclear]
Handwritten signature: [unclear]

3125/2021
11

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		

03/05/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO:

ASSINATURA DO GESTOR DA SMS:

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:

CLAUDIANE DOS SANTOS RODRIGUES
Secretaria Mun. de Saúde e Higiene
Fone: 219923-12

opcardim [Signature] [Signature] [Signature]

PROCON
3125/2021
S.S.N.
12

METAS QUALITATIVAS - RECURSO LEITOS CORONAVÍRUS

PERÍODO: JANAIEIRO a DEZEMBRO DE 2021

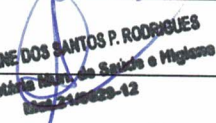
NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO




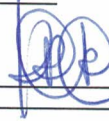
MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

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: 03/05/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMS:  LUCIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Municipal de Saúde e Higiene
Insc. 2149533-12

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:    

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

3125/2021
 P.S. N.
 13

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 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: 03/05/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: JPSSoares

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
 Secretária Municipal de Saúde e Higiene
 Matr. 214623-12

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

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

3125/2021
S.S.N.
19

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		abr/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	9	8
Obstetria	3	3
Clinica Medica	42	40
Pediatria	6	6
Total	60	57

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	89%
Obstetria	100%
Clinica Medica	95%
Pediatria	100%
% (Teto Maximo 40 %)	95%

AMBULATÓRIO		abr/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	2.000	2.100
..0204-Diagnóstico por radiologia	285	285
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	40	40
..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	2.555
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	2.011	2.150
..0302-Fisioterapia	-	-
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	18	18
Total Grupo Procedimentos Clínicos	2.029	2.168
..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	4.723

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	104%
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
Total Grupo Procedimentos Clínicos	107%
..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 %)	105%

INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO	100%
VALOR DEFINIDO	42.199,01
DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS	-

Jos Soares Orjardim   

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

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

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

Valor Pré-Fixado	
325.000,00	
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
130.000,00	195.000,00

INTERNAÇÃO		abr/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	5	-
Obstetria	-	10
Clinica Medica	10	7
Pediatria	3	-
Total	18	17

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	0%
Obstetria	0%
Clinica Medica	70%
Pediatria	100%
% (Teto Maximo 40 %)	94%

AMBULATÓRIO abr/21

QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	700	780
..0204-Diagnóstico por radiologia	106	106
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	8	8
..0206-Diagnóstico por tomografia	100	36
..0209-Diagnóstico por endoscopia	4	4
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	40	40
..0214-Diagnóstico por teste rápido	200	200
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	1.158	1.174
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	3.000	3.400
..0302-Fisioterapia	-	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	15	120
Total Grupo Procedimentos Clínicos	3.015	3.520
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	200	200
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
Total Procedimentos Cirurgicos	200	200
Total Ambulatorial	4.373	4.894

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	101%
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
Total Grupo Procedimentos Clínicos	117%
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	
Total Procedimentos Cirurgicos	100%
Média % Ambulatorial (Teto Maximo 60 %)	106%

INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO	100%
---------------------------------	-------------

VALOR DEFINIDO	130.000,00
-----------------------	-------------------

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

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

31/25/2021
L.S.R.
16

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

Valor Pré-Fixado	67.321,32
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
26.928,53	40.392,79

AMBULATÓRIO		abr/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	400	400
..0204-Diagnóstico por radiologia	100	100
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	5	10
..0206-Diagnóstico por tomografia	5	-
..0209-Diagnóstico por endoscopia	-	-
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	10	10
..0214-Diagnóstico por teste rápido		
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	520	520
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	600	550
..0302-Fisioterapia	-	-
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	50	100
Total Grupo Procedimentos Clínicos	650	650
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	100	100
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
Total Procedimentos Cirurgicos	100	100
Total Ambulatorial	1.270	1.270

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	100%
Média % Ambulatorial (Teto Maximo 40 %)	100%

VALOR DEFINIDO	26.928,53
-----------------------	------------------

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







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%

Valor Pré-Fixado	
8.268,38	
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
3.307,35	4.961,03

3125/2021
S.S.M.
17

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

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

5925/2021
L.S.R.
18

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		abr/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia		
Obstetria	5	5
Clinica Medica		
Pediatria	-	-
Total	5	5

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

AMBULATÓRIO		abr/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material	-	-
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	3.349	3.349
..0204-Diagnóstico por radiologia	516	516
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	112	112
..0206-Diagnóstico por tomografia	-	-
..0209-Diagnóstico por endoscopia	10	10
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	57	57
..0214-Diagnóstico por teste rápido	287	287
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	4.331	4.331
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	2.997	2.997
..0302-Fisioterapia	846	846
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	455	455
Total Grupo Procedimentos Clínicos	4.298	4.298
..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	8.629	8.629

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	-
-----------------------------------	---



PROCH
3925/2021
S.S.A.
19

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 HOSPITALAR CONFORME EMPENHO 029/2021; PROCESSO ADMINISTRATIVO 3125/2021

São Sebastião do Alto, 30 de maio de 2021.

Claudiane dos Santos Pietrani
Secretária Municipal de Saúde e Higiene



PROJ. Nº
3125/2021
S.S.A.
20



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 maio de 2021.


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

NOTA DE EMPENHO

3125/2021
S. N.
21

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
000029/2021 Global Orçamentário

Orgao: 01 Fundo Municipal de Saúde Unid: 01 Fundo Municipal de Saúde
Dotacao: 103050012 1.043 3350.41.00.00 CONTRIBUIÇÕES Conta: 1575

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 3125 Emissao: 04/01/2021
---Valor orcado--- ---Saldo Anterior-- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
180.000,00 0,00 180.000,00 -180.000,00

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


Renan Pinto Ferreira
Auxiliar de Agente Administrativo
Mat. 13/1679-05

RESPONSAVEL P/EMISSAO

CONTADOR


Italo Dubois Martins
Contador
CNPJ: 079203/0-1
Matricula: 11/1229-03

ORDENADOR DA DESPESA


CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Mun. de Saúde e Higien
Mat. 21/0029-42


RAFAEL RIGUETE GARCEZ
CONTROLADOR GERAL
MAT. 21/0072-05

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

3125/2021
22

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

Nº Liquidação: 000303


-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 10.05.

Valor: 15.000,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 10 / 05 / 2021.

Responsável pela Liquidação


mmr 99/003108

3125/2021
L.S.R.
23
1575

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

10300121.043000.3354.00.00.00 CONTRIBUIÇÕES

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

Emissao ...: 11.05. 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: 45.000,00 quinze mil reais*****
Ordem Pagto: 15.000,00 *****
A Pagar: 15.000,00 *****

Data...: 11.05.2021 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 3125

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretaria Mun. de Saúde e Higiene
Nº 15123-12

Ordenador de Pagamento

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 Código 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: 11/05/2021 - 10h29

Nº de controle: 427760873880825182 | Documento: 9150410

PROD
3125/2021
P.S. 11
24

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 débitoData de débito: **11/05/2021**

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

EzFIhnZn g95WgZ?w ?YCsgwEE ?C3p?bmX 8VUOW4IH HT2B2dlU onYba9go Un@SfODT
8xg6qKrc jLS#yq*B vnhb2u8T eWL?R3As ksvz2?9@ OW9InoLl tdnQPTyx EJxkKnzm
AocXwHV? Vg*PxaWh Lfxl?62t v7uGZQQA LvPMjmha qWcn7v8Z 91504101 1/05/2021

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

0800 727 9933

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