



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 01/09/2021



02.09.2021

Processo Nº 2889/2021

Ordem de Pagamento Nº 726

Empenho Nº 369/2021



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 9 7 / 2 0 2 1

Data: 01 de setembro 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\$ 100.000,00 (cem mil reais).

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

Atenciosamente,


CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Mun. de Saúde e Higiene
21/09/2021

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 002/2021



1
2 Às 08h30min do dia 1 de setembro do ano de dois mil e vinte um, na Secretaria Municipal
3 de Saúde e Higiene de São Sebastião do Alto, no setor de Controle e Avaliação, situada à
4 Rua 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 002/2021 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 Camili 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 agosto de 2021. Após avaliação do Documento Descritivo e do relatório de
13 avaliação enviado pela Associação Hospitalar atestamos o cumprimento de 100%, sendo
14 autorizado o repasse do recurso para custeio e manutenção de leitos de UTI COVID para o
15 combate ao coronavírus à quantia de R\$ 240.000,00 (duzentos e quarenta mil, reais).
16 Total geral avaliado e a ser repassado de acordo com as metas qualitativas, referente ao
17 mês de agosto de 2021: R\$ 240.000,00 (duzentos e quarenta mil reais), conforme
18 relatório em anexo do Controle e Avaliação. Não tendo mais nada a ser discutido, a ata foi
19 lida, aprovada e assinada por todos os representantes.
20

Almeida

Soares

Jardim

METAS QUALITATIVAS - RECURSO LEITOS CORONAVÍRUS



PERÍODO: MARÇO a AGOSTO 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 a proteção de 100% dos profissionais envolvidos nos cuidados do paciente com corona vírus, através de equipamento de proteção individual, a fim de atingir uma taxa de infecção do profissional da saúde abaixo da media nacional (entre 8-15%) e mundial (em torno de 8%).	X		
2- Se tratando um hospital UTI Covid, manter o suporte adequado, através de 5 leitos de UTI COVID.	X		
3- Melhoria das acomodações oferecidas aos usuários e seus acompanhantes, oferecendo maior segurança e conforto do local de atendimento.	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.	X		
5- Manter a qualificação dos funcionários através de educação continuada no treinamento permanente dos processos de trabalho, respeitando as diretrizes e protocolos institucionais, no combate ao corona vírus.	X		

DATA: 01/09/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: _____

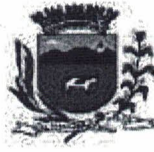
[Handwritten signature]

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: _____

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Municipal de Saúde e Higiene
Mat. 21/0023-12

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: _____

[Handwritten signatures: André, [unclear], Opjardim, [unclear]]



Secretaria Municipal de Saúde e Higiene

AUTORIZAÇÃO DE EMPENHO

Autorizo o empenho da importância de:

R\$ 100.000,00 (Cem 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 369/2021; PROCESSO ADMINISTRATIVO 2889/2021 FONTE DE RECURSO: COVID EST

São Sebastião do Alto, 01 de setembro de 2021.


CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Mún. de Saúde e Higiene
Mat.21/0829-12

Claudiane dos Santos Pietrani
Secretária Municipal de Saúde e Higiene

PROC. N.
2889/2021
FLS. 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\$ 100.000,00 (cem 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

Autorizo o empenho de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) a favor de

pela aquisição ou serviço abaixo discriminado:

Repasso associação

São Sebastião do Alto, 01 de setembro de 2021.

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Mun. de Saúde e Higiene

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 IV

2889/2021
FLS. N.
08

Fonte de Rec: COVID 19 - ESTADO
000369/2021 Ordinário Orçamentario

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

Credor: 921 ASSOCIACAO HOSPITALAR DE S.S. DO ALTO C.G.C. 28.546.628/0001-88

Endereco: R: ALEXANDRE LATINI Fone: SAO SEB. DO ALTO

Não se Aplica
---Valor Orcado--- 2889 Emissao: 20/08/2021
1.404.000,00 ---Saldo Anterior--- -Valor do Empenho- ---Saldo Atual---
240.000,00 240.000,00 0,00

Item	Qtd	Uni	-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
1			1UND3º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO N. 02/2021, FIRMADO COM A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SAO SEBASTIAO DO ALTO.	240.000,0000	240.000,00

Total Geral
240.000,00

Giovani Giovanni Oliveira Bar
Agente Administrativo
Mat. 0147-08

RESPONSÁVEL P/EMISSÃO

CONTADOR
DUBOIS MARTINS
Contador
CAG/RU: 079203/0-1
Matricula: 11/1229-03

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Mun. de Saúde e Higiene
Mat. 21/0029-12

ORDENADOR DA DESPESA

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

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

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

Empenho:000369/2021



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

Nº Liquidação: 000740

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 02.09.

Valor: 100.000,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 02 / 09 / 2021.

Responsável pela Liquidação

02/09/2021

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 ...: 02.09. Empenho ..: 000369/2021 Ordinário

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

Empenhado ..: 240.000,00	Autorizo ao Sr. Tesoureiro a efetuar pagamento
Anulado ...: 0,00	da importancia de R\$ 100.000,00
Pago: 0,00	cem mil reais*****
Ordem Pagto: 100.000,00	*****
A Pagar: 100.000,00	*****

Data...: 02.09.2021 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 2889

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene
Mat. 21/0029-12

Ordenador de Pagamento

Recibo de Pagamento : Recebi(emos) da Pref. Munic. de Sao Sebastiao do Alto
a importancia supra de R\$ 100.000,00
cem 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: 02/09/2021 - 11h25

Nº de controle: 853730150680191404 | Documento: 4693346

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\$ 100.000,00**Tarifa: **R\$ 11,05**Valor total: **R\$ 100.011,05**Tipo de transferência: **TED - Titularidade Diferente**
Crédito disponível no mesmo dia da data de débitoData de débito: **02/09/2021**

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

Q27n4i9w S3haE6dU n15m?yK# UasOXV*X ql@XcP#H q6#g@5kH 7lVNz@as Ipb5Vqar
s5JK6ncj cPFbYwJJ DPvHbcgV NhJJ?tVK RUnEaZ*n qOCU3CfQ BII4Un*o egYsGs?H
Aqf7JaHr lxx6Tn55 uTZn6XRf IsimgXBn US#T58su aKMN7gYo 46933460 2/09/202

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente 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

Ouvidoria 0800 727 9933 Atendimento de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.