



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 09/08/2021



09.08.2021

Processo Nº 3125/2020

Ordem de Pagamento Nº 003

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



AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO Nº: 486

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 HOSPITALAR 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:	 <b>CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES</b> Secretária Municipal de Saúde e Higiene Matr. 210829-02	
---------------	--------------------	--	--



**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 8 5 / 2 0 2 1**

Data: 09 de agosto 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

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES  
Secretária Mun. de Saúde e Higiene  
Mat.21/0020-12

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



PROC. 3125/2020  
FLS. N. 04

### ATA DA 7ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 001/2021

1  
2 Às 09h do dia 2 de agosto 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 7ª  
5 reunião da Comissão de Acompanhamento do Convênio nº 001/2021 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 Pinto Jardim e representante do Conselho Municipal de Saúde,  
10 Elis 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 julho 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 do PAHI atestamos o cumprimento de 100% das metas qualitativas,  
20 sendo autorizado o repasse de R\$ 31.200,00 (trinta e um mil, e duzentos reais),  
21 correspondente aos 60% do valor pré-fixado definido no Convênio. Em relação ao repasse  
22 da fonte cirurgia eletivas atestamos o cumprimento de 100% das metas qualitativas,  
23 sendo autorizado o repasse de R\$ 4.961,03 (quatro mil, novecentos e sessenta e um reais  
24 e três centavos), correspondente aos 60% do valor pré-fixado definido no Convênio. Em  
25 relação à fonte de recurso covid-estado atestamos o cumprimento de 100%, sendo  
26 autorizado o repasse do recurso para manutenção de leitos para o combate ao coronavírus  
27 à quantia de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais). Em relação às metas quantitativas foi  
28 analisado também o mês de julho de 2021. Após avaliação da produção apresentada  
29 atestamos o cumprimento de 100% da meta federal, sendo autorizado o repasse da  
30 quantia de R\$ 42.199,01 (quarenta e dois mil, cento e noventa e nove reais e um  
31 centavo), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Das metas  
32 do recurso municipal, atestamos o cumprimento de 100% (recurso municipal), sendo  
33 autorizado o repasse da quantia de R\$ 130.000,00 (cento e trinta mil reais),  
34 correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. De acordo com os  
35 parágrafos quinto e sexto do Convênio nº 001/2021, decidimos pelo pagamento de 100%  
36 do repasse municipal (suplementar), sendo autorizado o repasse de R\$ 27.600,00 (vinte e  
37 sete mil seiscentos reais), referente a excedente de procedimentos/cirurgias. Em relação a  
38 fonte de recurso PAHI atestamos o cumprimento de 100% das metas quantitativas, sendo  
39 autorizado o repasse da quantia de R\$ 20.800,00 (vinte mil e oitocentos reais),  
40 correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Em relação a fonte de  
41 recurso cirurgia eletiva atestamos o cumprimento de 100% da metas quantitativas, sendo  
42 autorizado o repasse da quantia de R\$ 3.307,35 (três mil, trezentos e sete reais e trinta e  
43 cinco centavo), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Além  
44 desse repasse foi autorizado o pagamento de R\$ 36.300,00 (trinta e seis mil e trezentos  
45 reais), referente aos pagamentos de cirurgias/procedimentos urológicos realizados fora do  
46 município e que não faz parte da contratualização. Total geral avaliado e a ser repassado

LSSoares [assinatura] [assinatura] [assinatura] [assinatura]



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E HIGIENE

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



### ATA DA 7ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 001/2021

47 de acordo com as fontes de recurso das metas qualitativas e quantitativas, referente ao  
48 mês de julho de 2021: Recurso Federal R\$ 105.497,52 (cento e cinco mil quatrocentos e  
49 noventa e sete reais e cinquenta e dois centavos. Recurso Municipal (incluindo o recurso  
50 extra) R\$ 430.300,00 (quatrocentos e trinta mil e trezentos reais). Recurso PAHI R\$  
51 52.000,00 (cinquenta e dois mil reais). Recurso Cirurgia Eletiva R\$ 8.268,38 (oito mil  
52 duzentos e sessenta e oito reais e trinta e oito centavos). Recurso Covid Estado R\$  
53 18.000,00 (dezoito mil reais). Total geral avaliado e a ser repassado de acordo com as  
54 metas qualitativas e quantitativas, referente ao mês de julho de 2021 R\$ 614.065,90  
55 (seiscentos e quatorze mil, e sessenta e cinco reais e noventa centavos), conforme  
56 relatório em anexo do Controle e Avaliação. Não tendo mais nada a ser discutido, a ata foi  
57 lida, aprovada e assinada por todos os representantes.  
58

JSSoures

Opjardim



## 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%) -</b> 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). <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: www.saude.gov.br/acesso direto/secretarias/secretaria de vigilância em saúde/análise de situação de saúde/vigilância do óbito/Instrumentos de coleta/óbito infantil e fetal (F2 e I2) e óbito materno (M2).	X		
<b>· Comissão de Revisão de Prontuários (Obrigatório 2%) -</b> nº. 41 de 07 de fevereiro de 1992 - Anexo II da Portaria nº. 170 de 17 de dezembro de 1993. <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 emergência 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 mínima 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%) -</b> 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**

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		
<b>. Saúde Materno-Infantil/ HIV/ DST/ AIDS (Obrigatório 2%) - nº. 1.459, de 24 de junho de 2011.</b>			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		
<b>GESTÃO HOSPITALAR (Obrigatório 2%)</b>			
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 tecnico junto ao CREMERJ/COREN)	X		
7. O Cadasstro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) atualizado.	X		
<b>.PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS</b>			
<b>. Serviços de Leitos de Retaguarda em Clínicas Médicas (Obrigatório 2%) -</b>			
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: 02/08/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO GESTOR DA SAÚDE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: \_\_\_\_\_

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

31/25/2020  
FLS. N.  
08

PERÍODO: JANEIRO A DEZEMBRO DE 2021

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

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 dispor 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 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: 02/08/2021			

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: Lossoures

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: [Assinaturas]

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: [Assinatura]  
**CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES**  
 Secretária Mun. de Saúde e Higiene  
 Matr. 217629-12



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

PROC. N.  
3125/2020  
FLS. N.  
09

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: 02/08/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: João Carlos

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: CLAUDANE DOS SANTOS P. RODRIGUES  
Secretária Mún. de Saúde e Higiene  
Mat. 21/0829-12

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: [Assinaturas]

## METAS QUALITATIVAS - RECURSO LEITOS CORONAVÍRUS

PROC. N.  
 3125/2020  
 FLS. N.  
 10

**PERÍODO: JULHO 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.	X		
6- Disponibilizar a estrutura adequada para a instalação centro de triagem. Sendo disponibilizado o espaço físico, a estrutura necessária, luz, água e coleta de todo lixo infectante.	X		
7- 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: 02/08/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:   
 CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES  
 Secretária Mun. de Saúde e Higiene  
 Mat. 21/9629-12

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:    

## 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		

02/08/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: *Jos Soares*

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: *Claudiane dos Santos P. Rodrigues*  
COORDENADORA GERAL DE SAÚDE E HIGIENE

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: *[Assinaturas]*

## 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: 02/08/2021			

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO:

*Lossoures*

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:

*[Handwritten signatures]*

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:

**CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES**  
Secretária Muni. de Saúde e Higiene  
Mat. 21/0623-12



## 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		

02/08/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO:

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:

*JSS Soares*  
CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES  
Secretaria Municipal de Saúde e Higiene  
Med. L. 10922-12

*[Handwritten signatures]*

**HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO POA x PRODUÇÃO REALIZADA - JULHO 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>

<b>INTERNAÇÃO</b>		jul/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>	<b>POA</b>	
Cirurgia	9	4
Obstetria	3	14
Clinica Medica	42	27
Pediatria	6	1
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>46</b>

<b>PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS</b>	
Cirurgia	44%
Obstetria	467%
Clinica Medica	64%
Pediatria	17%
<b>% (Teto Maximo 40 %)</b>	<b>77%</b>

<b>AMBULATÓRIO</b>		jul/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>	<b>POA</b>	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	2.000	2.300
..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		
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>2.455</b>	<b>2.755</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	2.011	2.600
..0302-Fisioterapia	-	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	18	100
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>2.029</b>	<b>2.700</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>5.455</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>112%</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>133%</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>123%</b>

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

<b>VALOR DEFINIDO</b>	<b>42.199,01</b>
-----------------------	------------------

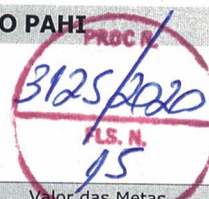
<b>DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS</b>	<b>-</b>
--	----------

**HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**

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

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>



<b>AMBULATÓRIO</b>		Jul/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>	<b>POA</b>	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	300	300
..0204-Diagnóstico por radiologia	100	100
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	5	5
..0206-Diagnóstico por tomografia	5	-
..0209-Diagnóstico por endoscopia	-	-
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	10	15
..0214-Diagnóstico por teste rápido		
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>420</b>	<b>420</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	500	500
..0302-Fisioterapia	-	-
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	30	30
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>530</b>	<b>530</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	150	150
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	<b>150</b>	<b>150</b>
<b>Total Ambulatorial</b>	<b>1.100</b>	<b>1.100</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>100%</b>
<b>Média % Ambulatorial (Teto Maximo 40 %)</b>		<b>100%</b>

<b>VALOR DEFINIDO</b>	<b>26.000,00</b>
-----------------------	------------------

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%

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

PROC. N.º  
3125/2020  
FLS. N.º  
16

INTERNACÃO		Jul/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>
<b>DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS</b>		-

JSS Soares     
      
      
 Orjaedim     
 



HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

PROC. N.  
3125/2020  
L.S. N.  
17

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

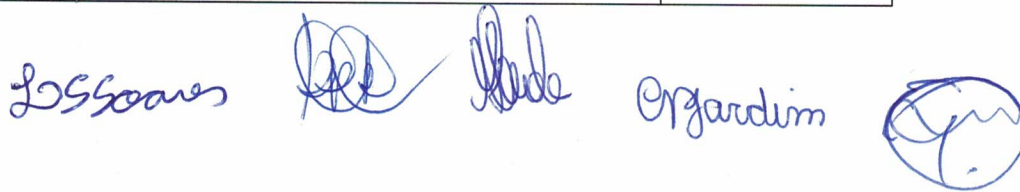
INTERNAÇÃO		Jul/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>		<b>POA</b>
Cirurgia		
Obstetrícia	5	5
Clinica Medica		
Pediatria	-	-
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS</b>		
Cirurgia		0%
Obstetrícia		100%
Clinica Medica		0%
Pediatria		100%
<b>% (Teto Maximo 60 %)</b>		<b>100%</b>
AMBULATÓRIO		ma/21
<b>QUANTITATIVO REALIZADO</b>		<b>POA</b>
..0201-Coleta de Material	-	-
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	3.847	3.847
..0204-Diagnóstico por radiologia	643	643
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	160	160
..0206-Diagnóstico por tomografia	-	-
..0209-Diagnóstico por endoscopia	13	13
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	44	44
..0214-Diagnóstico por teste rápido	344	344
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>5.051</b>	<b>5.051</b>
..0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	3.230	3.230
..0302-Fisioterapia	948	948
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	577	577
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>4.755</b>	<b>4.755</b>
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	52	52
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
<b>Total Procedimentos Cirurgicos</b>	<b>52</b>	<b>52</b>
<b>Total Ambulatorial</b>	<b>9.858</b>	<b>9.858</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>100%</b>
..0301-Consultas / Atendimento / 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>

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

VALOR DEFINIDO	27.600,00
----------------	-----------

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



**HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**

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

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

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

INTERNAÇÃO		Jul/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	5	3
Obstetria	-	-
Clinica Medica	10	11
Pediatria	3	-
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>14</b>

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	60%
Obstetria	0%
Clinica Medica	110%
Pediatria	100%
<b>% (Teto Maximo 40 %)</b>	<b>78%</b>

AMBULATÓRIO		Jul/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	700	1.080
..0204-Diagnóstico por radiologia	106	200
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	8	40
..0206-Diagnóstico por tomografia	100	43
..0209-Diagnóstico por endoscopia	4	4
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	40	40
..0214-Diagnóstico por teste rápido	200	200
<b>Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico</b>	<b>1.158</b>	<b>1.607</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	3.000	3.800
..0302-Fisioterapia	-	-
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	15	130
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>3.015</b>	<b>3.930</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>5.737</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>139%</b>
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
<b>Total Grupo Procedimentos Clínicos</b>	<b>130%</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>123%</b>

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

VALOR DEFINIDO	<b>130.000,00</b>
----------------	-------------------

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



**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 3125/2020

São Sebastião do Alto, 09 de Agosto de 2021.

---

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

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



**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, 09 de agosto de 2021.

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

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

3125/2021  
F.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

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

Endereço: 921 ASSOCIACAO HOSPITALAR DE S.S. DO ALTO C.G.C. 28.646.628/0001-88

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

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

em Qtd	Uni-----Especificacao-----	Valor Unitario	Valor Total
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

*(Handwritten signature)*  
 Benari Giovanni Oliveira Bar...  
 Agente Administrativo  
 Mat. 87/0147-98

RESPONSÁVEL P/EMISSÃO

*(Handwritten signature)*  
 Italo Dubois Martins  
 Contador  
 CRC/RJ: 079203/O-1  
 Matrícula: 11/1229-03

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES  
 Secretária Mun. de Saúde e Higiene  
 Mat.21/0629-12

*(Handwritten signature)*  
 RAFAEL RIBEIRO GARCÊZ  
 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: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: 000613

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 09.08.

Valor: 15.000,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços  
foi entregue em 09 / 08 / 2021.

-----  
Responsável pela Liquidação



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 ...: 09.08. 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 .....: 90.000,00 quinze mil reais\*\*\*\*\*  
Ordem Pagto: 15.000,00 \*\*\*\*\*  
A Pagar ....: 15.000,00 \*\*\*\*\*

Data...: 09.08.2021 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 3125

*Claudiane dos Santos P. Rodrigues*  
**CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES**  
Secretaria Mun. 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\$ 15.000,00  
quinze mil reais\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
Referente esta Ordem de Pagamento a qual dou(amos) plena  
e geral quitacao.

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE S.S. DO ALTO

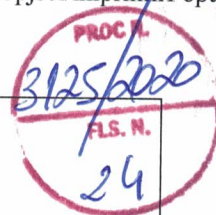
C.P.F. / C.I.

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 09/08/2021 - 11h40

Nº de controle: 723663390630863973 | Documento: 6882042

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: **09/08/2021**

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**

aaEx@CUT Mw7YekeR dBWGsoGz ?78uLZU4 Lhi5IU34 gvGj5kjg 3?pIeiXb V#n6bLyM  
 QPCqBap9 FOqT4VTV J2@lgJ#s oHULedBY 5v?rMpTf ZZx7Lrp6 Xb2ZtnRL l#6InHg7  
 jgQYnMiS hS7Bvhq8 46@Rn3Hx Q86AIMSY tjq@UBEc HkQN?@?4 68820420 9/08/202

**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.