



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 AltoAssunto: ReposseInício em 09/12/2021

09.12.2021

Processo Nº 3125/2020Ordem de Pagamento Nº 1071Empenho 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

PROC 3125/2020
Página: 1
FLS. N. 02

AUTORIZAÇÃO DE FORNECIMENTO N°: 824

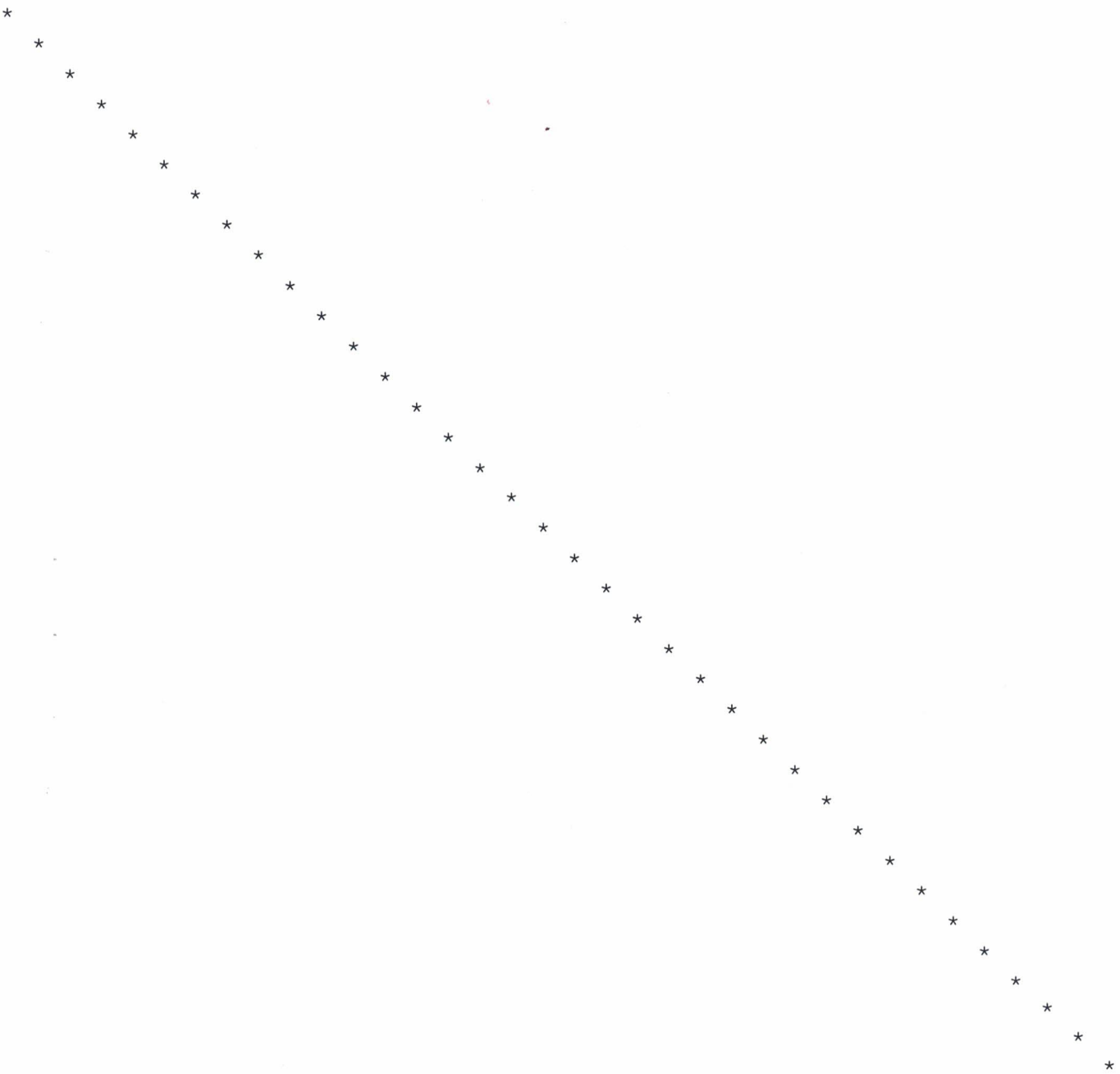
ANO: 21

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:
	 CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES Secretária Muni. de Saúde e Higiene MUN. DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO - RJ



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 = 1 5 7 / 2 0 2 1

Data: 09 de dezembro 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 P. RODRIGUES
Secretária MUN. de Saúde e Higiene
Mat. 2559-12

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 11ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 001/2021

1 Às 09h do dia 1 de dezembro do ano de dois mil e vinte um, na Secretaria Municipal de
2 Saúde e Higiene de São Sebastião do Alto, no setor de Controle e Avaliação, situada à Rua
3 Dr. Eurico Cerbino, nº 118, na cidade de São Sebastião do Alto/RJ, foi realizado a 11ª
4 reunião da Comissão de Acompanhamento do Convênio nº 001/2021 do fundo municipal
5 de saúde, firmado com a Associação Hospitalar de São Sebastião do Alto, e contou com a
6 presença dos seguintes membros: representantes da Associação Hospitalar, Maihara de
7 Souza Almeida, Karina Pietrani Conceição Palagar; representantes da Secretaria Municipal
8 de Saúde e Higiene Camili Pinto Jardim e representante do Conselho Municipal de Saúde,
9 Elis Regina da Costa, representante do poder executivo Gisele Correa Grativol,
10 representante do poder legislativo Frederico Martins Jardim, além da presença de
11 Leonardo dos Santos Soares representando a Associação Hospitalar. Iniciando os
12 trabalhos, foram analisadas as metas qualitativas do mês de novembro de 2021. Após
13 avaliação do Documento Descritivo e do relatório de avaliação enviado pela Associação
14 Hospitalar atestamos o cumprimento de 100%, sendo autorizado o repasse federal da
15 quantia de R\$ 63.298,51 (sessenta e três mil, duzentos e noventa e oito reais e cinquenta
16 e um centavos), correspondente aos 60% do valor pré-fixado definido no Convênio; 100%
17 referente ao repasse municipal o valor de R\$ 195.000,00 (cento e noventa e cinco mil
18 reais) e 100% referente ao repasse municipal (suplementar) o valor de R\$ 41.400,00
19 (quarenta e um mil e quatrocentos reais). Sobre o repasse da fonte de recurso do PAHI
20 atestamos o cumprimento de 100% das metas qualitativas, sendo autorizado o repasse de
21 R\$ 31.200,00 (trinta e um mil, e duzentos reais), correspondente aos 60% do valor pré-
22 fixado definido no Convênio. Em relação ao repasse da fonte cirurgia eletivas atestamos o
23 cumprimento de 100% das metas qualitativas, sendo autorizado o repasse de R\$ 4.961,03
24 (quatro mil, novecentos e sessenta e um reais e três centavos), correspondente aos 60%
25 do valor pré-fixado definido no Convênio. Em relação à fonte de recurso covid-estado
26 atestamos o cumprimento de 100%, sendo autorizado o repasse do recurso para
27 manutenção de leitos de enfermaria para o combate ao coronavírus à quantia de R\$
28 18.000,00 (dezoito mil reais). Em relação às metas quantitativas foi analisado também o
29 mês de novembro de 2021. Após avaliação da produção apresentada atestamos o
30 cumprimento de 100% da meta federal, sendo autorizado o repasse da quantia de R\$
31 42.199,01 (quarenta e dois mil, cento e noventa e nove reais e um centavo),
32 correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Das metas do recurso
33 municipal, atestamos o cumprimento de 100% (recurso municipal), sendo autorizado o
34 repasse da quantia de R\$ 130.000,00 (cento e trinta mil reais), correspondente aos 40%
35 do valor pré-fixado definido no Convênio. De acordo com os parágrafos quinto e sexto do
36 Convênio nº 001/2021, decidimos pelo pagamento de 100% do repasse municipal
37 (suplementar), sendo autorizado o repasse de R\$ 27.600,00 (vinte e sete mil seiscentos
38 reais), referente a excedente de procedimentos/cirurgias. Em relação a fonte de recurso
39 PAHI atestamos o cumprimento de 100% das metas quantitativas, sendo autorizado o
40 repasse da quantia de R\$ 20.800,00 (vinte mil e oitocentos reais), correspondente aos
41 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Em relação a fonte de recurso cirurgia
42 eletiva atestamos o cumprimento de 100% da metas quantitativas, sendo autorizado o
43 repasse da quantia de R\$ 3.307,35 (três mil, trezentos e sete reais e trinta e cinco
44 centavo), correspondente aos 40% do valor pré-fixado definido no Convênio. Além desse
45 repasse foi autorizado o pagamento de R\$ 38.900,00 (trinta e oito mil e novecentos
46 reais), referente aos pagamentos de cirurgias/procedimentos urológicos realizados fora do

Associação

Orgão Jardim

Elis Regina da Costa



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

PRO: 3125/2020
FYS. M. 05



ATA DA 11ª REUNIÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO Nº 001/2021

47 município e que não faz parte da contratualização. Total geral avaliado e a ser repassado
48 de acordo com as fontes de recurso das metas qualitativas e quantitativas, referente ao
49 mês de novembro de 2021: Recurso Federal R\$ 105.497,52 (cento e cinco mil
50 quatrocentos e noventa e sete reais e cinquenta e dois centavos. Recurso Municipal
51 (incluindo o recurso extra) R\$ 432.900,00 (quatrocentos e trinta dois mil e novecentos
52 reais). Recurso PAHI R\$ 52.000,00 (cinquenta e dois mil reais). Recurso Cirurgia Eletiva
53 R\$ 8.268,38 (oito mil duzentos e sessenta e oito reais e trinta e oito centavos). Recurso
54 Covid Estado R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais). Total geral avaliado e a ser repassado de
55 acordo com as metas qualitativas e quantitativas, referente ao mês de outubro de 2021
56 R\$ 616.665,90 (seiscentos e dezesseis mil, seiscentos sessenta e cinco reais e noventa
57 centavos), conforme relatório em anexo do Controle e Avaliação. Não tendo mais nada a
58 ser discutido, a ata foi lida, aprovada e assinada por todos os representantes.
59

L. S. Soares
Gegratinal.

Orjardim

PROG
3125/2020
FLS. N.
06

ANEXO I - DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS FEDERAL

PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2021

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

ATENÇÃO A SAÚDE (AÇÕES)	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS		
	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
- 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.			
Portaria da designação da Comissão de Óbitos atualizada, Regimento Interno e livro ata das reuniões mensais.	X		
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; Metodologia - como e onde foram obtidos os dados; c) Resultados encontrados e análises; Conclusões e sugestões.	X		
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		
- 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.			
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. 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		
Quantidade de prontuários avaliados mensalmente (base total de internação mensal).	X		
Relatório mensal com % dos prontuários com registros adequados (base relatórios avaliados).	X		
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (Obrigatório 2%)			
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		
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		
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%)			
Apresentar mensalmente responsabilidade técnica do farmacêutico atualizada.	X		
Apresentar uma padronização mínima de medicamentos essenciais que atendam as patologias mais frequente da clientela do hospital. (Apresentar relação mensalmente para o gestor municipal).	X		
Apresentar protocolos e fluxos para distribuição, controle e estocagem dos medicamentos.	X		
- Alimentação e Nutrição (Obrigatório 2%) - Ler: RCD nº 216, 15/09/2004			
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		

PROG
3125/2020
F.S.M.
07

ANEXO I - DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS FEDERAL


PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2021

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

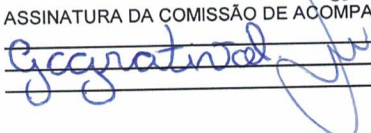
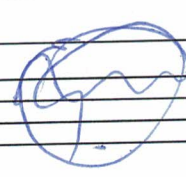
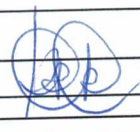
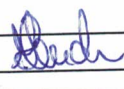
MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

1. 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		
2. Apresentar comprovação de curso para manipuladores de alimentos de todos os profissionais do serviço.	X		
3. Apresentar mensalmente responsabilidade técnica do nutricionista atualizada.	X		
Área: Saúde Materno-Infantil/ HIV/ DST/ AIDS (Obrigatório 2%) - n.º 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 Cadasstro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) atualizado.	X		
.PARTICIPAÇÃO DO MUNICÍPIO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS			
. Serviços de Leitos de Retaguarda em Clínicas Médicas (Obrigatório 2%) -			
1. Apresentar mensalmente relatório com o quadro de horário de escalas de sobreaviso das especialidades médicas de ortopedia, clínica médica, pediatria, cirurgia geral e obstetrícia.	X		
2. Apresentar mensalmente relatório dos pacientes que utilizarem os serviços de sobreaviso.	X		
3. Disponibilizar recursos físicos e profissionais que visem garantir a realização de serviços pelo período de 24 horas, devidamente comprovados em escalas de serviços médicos.	X		
4. Elaborar e fixar em locais visíveis a escala de sobreaviso pelo diretor médico responsável.	X		

DATA: 01/12/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMS: **CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES**
Secretária Municipal de Saúde e Higiene

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO-12:    

ANEXO IV- DOCUMENTO DESCRITIVO - METAS QUALITATIVAS - RECURSO MUNICIPAL

PRO: 3125/2020
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 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 manifestações 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: 01/12/2021			

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: José Soares

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: Carla Jardim [assinatura] [assinatura] [assinatura]

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Muni. de Saúde e Higiene
Mat. 21/0229-12

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		

01/12/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO:

CLAYSON DOS SANTOS RODRIGUES
Associação Mun. de Saúde e Higiene
Mat. 710023-42

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:

Associação Mun. de Saúde e Higiene
Mat. 710023-42

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:

Carla Patrícia *Carla Patrícia* *Carla Patrícia* *Carla Patrícia*

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: 01/12/2021			

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: _____

José Soares

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO: _____

Opardim

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: _____

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Municipal de Saúde e Higiene
Mat. 31/09/20-12

METAS QUALITATIVAS - RECURSO LEITOS CORONAVÍRUS

PROC.
 3125/2020
 FLS. N.
 11

PERÍODO: JULHO a DEZEMBRO DE 2021

NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO





MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

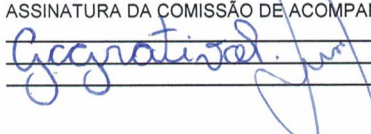
ATENÇÃO A SAÚDE (AÇÕES)	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS		
	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
1- Manter o serviço de internação exclusivo para covid 19 em funcionamento 24 horas com um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem.	X		
2- Disponibilizar a medicação necessária para tratamento da covid 19.	X		
3- Equipe 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: 01/12/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Mun. de Saúde e Higiene
 Matr. 2.40628-12

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:    



ANEXO I - METAS QUALITATIVAS PAHI

PROC.
 3125/2020
 FIS. N.
 12

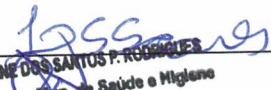
PERÍODO: JANEIRO a DEZEMBRO DE 2021

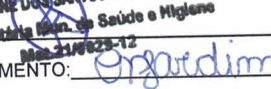
NOME DA UNIDADE: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE SÃO SEBASTIÃO

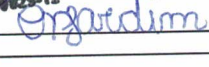

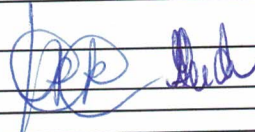
MUNICÍPIO: SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

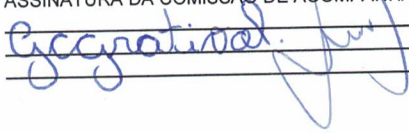
ATENÇÃO A SAÚDE (AÇÕES)	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS		
	CUMPRIU	NÃO CUMPRIU	PRAZO
1. Manter os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) atualizados e disponíveis para consulta nos seguintes setores: Pronto Socorro, Posto de Enfermagem e Cozinha.	X		
2. Arrumar os leitos de acordo com o layout e em conformidade com a RDC 50/2002.	X		
3. Fazer e registrar o controle de temperatura do posto de enfermagem, pronto socorro, centro cirúrgico 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		

01/12/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH: 
CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Mun. de Saúde e Higiene
Mat. 21/0623-12

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:   



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

PROC. N.º 3125/2020
FLS. N.º 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: 01/12/2021

ASSINATURA DO PRESTADOR DE SERVIÇO: 

ASSINATURA DO GESTOR DA SMSH:  CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretária Municipal de Saúde e Higiene
Dist. 118023-12

ASSINATURA DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO:    

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

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

3125/20210
FLS. N.
14

INTERNAÇÃO		nov/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	9	9
Obstetria	3	3
Clinica Medica	42	32
Pediatria	6	4
Total	60	48

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	100%
Obstetria	100%
Clinica Medica	76%
Pediatria	67%
% (Teto Maximo 40 %)	80%

AMBULATÓRIO		nov/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	2.000	2.250
..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	2.705
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	2.011	2.500
..0302-Fisioterapia	-	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	18	100
Total Grupo Procedimentos Clínicos	2.029	2.600
..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	5.305

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	110%
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
Total Grupo Procedimentos Clínicos	128%
..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 %)	119%

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

VALOR DEFINIDO	42.199,01
-----------------------	------------------

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

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

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

3125/2020
P.L.S. N.
15

INTERNAÇÃO		nov/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	5	7
Obstetria	-	6
Clinica Medica	10	3
Pediatria	3	-
Total	18	16

PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS	
Cirurgia	140%
Obstetria	0%
Clinica Medica	30%
Pediatria	100%
% (Teto Maximo 40 %)	89%

AMBULATÓRIO out/21

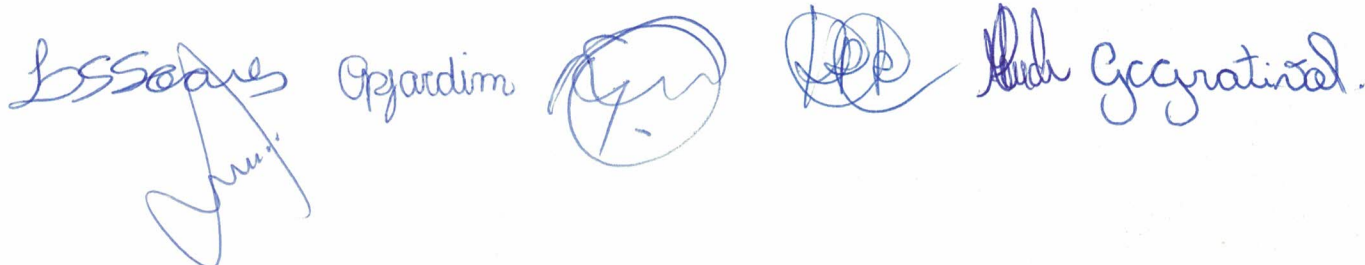
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material		
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	700	900
..0204-Diagnóstico por radiologia	106	150
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	8	8
..0206-Diagnóstico por tomografia	100	71
..0209-Diagnóstico por endoscopia	4	4
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	40	40
..0214-Diagnóstico por teste rápido	200	200
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	1.158	1.373
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	3.000	3.400
..0302-Fisioterapia	-	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	15	100
Total Grupo Procedimentos Clínicos	3.015	3.500
..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	5.073

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	119%
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	
..0302-Fisioterapia	
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	
Total Grupo Procedimentos Clínicos	116%
..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 %)	112%

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

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

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



HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

PRC
3125/2020
FLS. N.
16

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

Valor Pré-Fixado	52.000,00
Valor das Metas Quantitativas	Valor das Metas Qualitativas
20.800,00	31.200,00

AMBULATÓRIO		nov/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..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	10
..0214-Diagnóstico por teste rápido		
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	420	415
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	500	500
..0302-Fisioterapia	-	-
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	30	35
Total Grupo Procedimentos Clínicos	530	535
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	150	150
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço		
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular		
Total Procedimentos Cirurgicos	150	150
Total Ambulatorial	1.100	1.100

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		99%
..0301-Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos		
..0302-Fisioterapia		
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)		
Total Grupo Procedimentos Clínicos		101%
..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 Máximo 40 %)		100%

VALOR DEFINIDO	26.000,00
DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS	-

Lossore, Gegratival, Opjardim, [Circular Stamp], [Circular Stamp], [Signature]

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	3.307,35
Valor das Metas Qualitativas	4.961,03

INTERNACÃO		nov/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia	1	1
Obstetria		
Clínica Médica		
Pediatria		
Total	1	1
PERCENTUAL ATINGIDO DAS METAS		
Cirurgia		100%
% (Teto Máximo 60 %)		100%
VALOR DEFINIDO		3.307,35
DIFERENÇA DAS METAS QUANTITATIVAS		-

Assinar
Cognativo
Opardim

HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

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

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		nov/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
Cirurgia		
Obstetria	-	-
Clinica Medica		
Pediatria	-	-
Total	0	0

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

AMBULATÓRIO		out/21
QUANTITATIVO REALIZADO	POA	
..0201-Coleta de Material	-	-
..0202-Diagnóstico em laboratório clínico	4.755	4.755
..0204-Diagnóstico por radiologia	860	860
..0205-Diagnóstico por ultra-sonografia	233	233
..0206-Diagnóstico por tomografia	-	-
..0209-Diagnóstico por endoscopia	14	14
..0211-Métodos diagnósticos em especialidades	82	82
..0214-Diagnóstico por teste rápido	386	386
Total Procedimentos por Finalidade Diagnóstico	6.330	6.330
..0301-Consultas / Atendimento / Acompanhamentos	4.112	4.112
..0302-Fisioterapia	1.136	1.136
..0303-Tratamentos clínicos (outras especialidades)	621	621
Total Grupo Procedimentos Clínicos	5.869	5.869
..0401-Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	143	143
..0404-Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	-	-
..0408-Cirurgia do Sistema Osteomuscular	-	-
Total Procedimentos Cirúrgicos	143	143
Total Ambulatorial	12.342	12.342

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 / Atendimento / 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 Cirúrgicos	0%
Média % Ambulatorial (Teto Maximo 40 %)	100%

INTERNAÇÃO + AMBULATÓRIO	100%
VALOR DEFINIDO	27.600,00
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

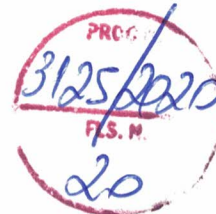
pela aquisição ou serviço abaixo discriminado:

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 dezembro de 2021.


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

Claudiane dos Santos Pietrani
Secretária Municipal de Saúde e Higiene



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 dezembro de 2021.


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

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

NOTA DE EMPENHO

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

3125/2021
 F.S.M.
 21

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

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. 28.646.628/0001-8

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---
 180.000,00 180.000,00 180.000,00 0,00

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

Total Geral
 180.000,00

Leandro Oliveira Bastos
 Diretor Administrativo
 Matr. 817/2017-08

Italo Dubeis Martins
 Contador
 CFC nº: 079202/0-1
 Matrícula: 11/1229-03

Claudiane dos Santos P. Rodrigues
 Secretária Municipal de Saúde e Higiene
 Matr. 21/8629-12

RESPONSÁVEL P/ EMISSÃO

CONTADOR

ORDENADOR DA DESPESA

Rafael Rogério Garcez
 CONTRALADOR GERAL
 MAT. 21/9972-05

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: 001095

-----Detalhamento das Retenções-----

Data: 09.12.

Valor: 15.000,00

Declaro que o Material/Prestação de Serviços
foi entregue em 09 / 12 / 2021.

Responsável pela Liquidação

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



10300121.043000.3354.00.00.00 CONTRIBUIÇÕES

1575

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

Emissao ...: 09.12. 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: 150.000,00 quinze mil reais*****
Ordem Pagto: 15.000,00 *****
A Pagar ...: 15.000,00 *****

Data...: 09.12.2021 Referente despesa mencionada.

PROCESSO: 3125

CLAUDIANE DOS SANTOS P. RODRIGUES
Secretaria Mun. de Saude e Higiena
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

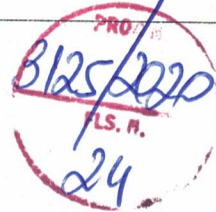
C.P.F./ C.I. _____

**Comprovante de Transação Bancária**

Transferências Para Contas de Outros Bancos (TED)

Data da operação: 09/12/2021 - 09h49

Número de controle: 195077769203998576 | Documento: 7439016



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: ASSOCIA O HOSP DE S.S. 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

Data de débito: 09/12/2021

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

eef8Q6Rr aBcnQXow GeIZE5#f gXpUKQad K3t5Anrh DDpmVQOU GJCd#YQV 6t9iIyQ?
 tCzE9j kf 9Epp7Qbw mtrLcNGM om?OjKCU BIX838M# q2ER4sDq mYbW#Kxi SZxFETb2
 P3Ze@rR7 5UWSM1CM XYmPa4Ba lyG*4NvF Y8xxcFJj BmgN#AKP 74390160 9/12/202

SAC - Serviço de Apoio ao ClienteAlf 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.