



PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: Sérgio Alberto Cunha Vencio	Processo: 202300010001890
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Itumbiara - GO	CNPJ do FMS: 04.394.796/0001-65
Gestor: Adriano Martins Lopes	CPF: 499.633.921-72
Endereço: AV Beira Rio, nº 399, Alto Da Boa Vista, CEP: 75.523-200	
Dados bancários: Caixa Econômica Federal Agência: 2510 Conta Corrente: 72.164-3	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: CAIS DE ITUMBIARA	CNES: 2789620
Endereço: RUA AMADEU MACHADO FILHO Nº130 – ANHANGUERA CEP: 75523-070	
Cidade: ITUMBIARA - GO	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Municipal
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial () Internação () UTI () SADT (x) Hospital Dia e Noite	

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Programa de fortalecimento	Período de execução: 1 ano	
	Início: 07/2023	Término: 07/2024
Identificação do objeto: Reforma e ampliação do CAIS/POLICLÍNICA no município de Itumbiara - Go		
Justificativa: O Município de Itumbiara possui em sua estrutura um CAIS/POLICLÍNICA, o qual atende diariamente uma grande parcela da população. Após análise pormenorizada desta Unidade de Saúde verificou-se a necessidade de uma reforma e ampliação. A reforma é de extrema necessidade considerando que a Unidade está com graves problemas estruturais internos e externos. Sabido que má condições de estrutura dificultam um bom atendimento ao paciente, assim como seu conforto. No que se refere a ampliação, nítido que a quantidade de pacientes é cada vez maior e com isso torna-se necessária ampliar a Unidade a fim de que seja oferecido um tratamento digno a esses. A emenda no valor de R\$ 1.650.000,00 será de grande valia para a concretização do projeto de reforma e ampliação do CAIS/POLICLÍNICA, garantindo, portanto, melhorias estruturais que conseqüentemente melhoram de forma significativa os procedimentos e atendimentos dos pacientes.		

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEITOS			
1 – Internação hospitalar parâmetros: taxa de ocupação: 90%			
Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	Quantidade -	Leitos/dia -	Meta -
Capacidade instalada -			
Meta – 100% da capacidade			
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Atendimento de emergência e urgência	-		
Atendimento ambulatorial – consultas	2.876		
Procedimento cirúrgicos	22		
SADT – Radiologia	1.440		
SADT- Analise clínicos	99		

SADT – Eletrocardiograma	65
SADT – Ultrassonográfico	-
Atos não médicos – Terapia ocupacional (profissionais contratados)	-
Atos não médicos – Fisioterapia (profissionais contratados)	285
Psicologia (profissionais contratados)	-
Serviço Social (profissionais contratados)	-

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 1.650.000,00	Valor mensal:
-----------------------------------	---------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2023		ANO: 2024	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro		Janeiro	
Fevereiro		Fevereiro	
Março		Março	
Abril		Abril	
Maio		Maio	
Junho		Junho	
Julho	R\$ 1.650.000,00	Julho	
Agosto		Agosto	
Setembro		Setembro	
Outubro		Outubro	
Novembro		Novembro	
Dezembro		Dezembro	

8 – OBRIGAÇÕES

8.1 – Da concedente

- I – Realizar o repasse dos recursos, na modalidade fundo a fundo, conforme cronograma de desembolso;
- II – Suspender os repasses em caso de não prestação de contas.

8.2 – DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

- I – Firmar instrumento jurídico com a unidade assistida para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente, conforme o caso;
- II – Realizar os repasses dos recursos recebidos da Concedente à Unidade Assistida em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde, conforme o caso;
- III – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas;
- IV – Não utilizar os recursos disponibilizados para execução do projeto em:
 - a - taxas ou comissões de administração, gerências ou similares, ou, ainda, gratificações, consultorias, assessorias técnicas ou de qualquer espécie de remuneração adicional a servidor ou contratado que pertença aos quadros do

beneficiário, de órgãos ou de Administrações Públicas Federal, Estaduais ou Municipais;

b - pagamento de aposentadorias e pensões;

c - assistência a saúde que não atenda ao princípio da universalidade;

d - finalidade diversa do objeto ou da forma estabelecida do plano de trabalho, ainda que em caráter de emergência;

e - atribuições de vigência ou de efeitos financeiros retroativos;

f - despesas com publicidade;

g - despesas com taxas bancárias, multas, juros ou atualizações monetárias, inclusive referentes a pagamentos e recolhimentos efetuados fora dos prazos, ressalvadas as hipóteses constantes de legislações específicas; e

h - despesas em data anterior ou posterior a vigência do plano de trabalho, quando a ação não for de caráter continuado.

V – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;

VI – Realizar a prestação de contas da utilização dos recursos;

VII – Movimentar os recursos recebidos do Plano em conta corrente aberta especificamente para este fim.

9 – DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade fundo a fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais parcelas recebidas quando os recursos forem liberados na forma de parcelas ou após 6 (seis) meses da sua transferência. Quando a liberação dos recursos ocorrer em 3 (três) ou mais parcelas, a prestação de contas parcial referente à primeira parcela é condição para a liberação da terceira e a prestação referente à segunda, para a liberação da quarta, e assim sucessivamente. A Prestação de Contas Final, produto da consolidação das Prestações de Contas Parciais ou referentes ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

10 – DECLARAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Na qualidade de representante legal da Fundo Municipal de Saúde, declaro, para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos ou Entidades da Administração Pública Estadual, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Fundo Estadual de Saúde – FES, na forma deste Plano de Trabalho.

Itumbiara,

Assinatura:

Adriano Martins Lopes
Secretário de Estado da Saúde

Adriano Martins Lopes
Gestor do Fundo Municipal de Saúde de Itumbiara – GO

11 – APROVAÇÃO DA CONCEDENTE

Ante a manifestação favorável das áreas técnicas da SES/GO envolvidas na avaliação da viabilidade de execução do presente Plano de Trabalho, conforme pareceres e despachos acostados nos autos, o Secretário de Estado da Saúde **APROVARÁ** o Plano de Trabalho por meio da homologação da Portaria a ser publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás, determinando sua execução, observadas as regras da Portaria que instituiu o financiamento.