



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: Sérgio Alberto Cunha Vêncio	Processo: 202300010001961
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Bom Jardim de Goiás/GO	CNPJ do FMS: 11.283.491/0001-41
Gestor: OZAIR SEVERINO LEONEL	CPF: 392.244.061-49
Endereço: Rua Goiânia, s.n., Setor Primavera	
Dados bancários: Banco: Caixa Econômica Federal Agência: 4782 Conta Corrente: 71.218-6	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Hospital Municipal Santa Clara	CNES: 2535238
Endereço: Rua Goiânia, s.n. Setor Primavera	
Cidade: Bom Jardim de Goiás/GO	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Pública
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial (X) Internação () UTI (X) SADT (X) Hospital dia e noite (X) Outros: Ultrassonografia, partos e cirurgias	

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Identificação do objeto: Aquisição de uma Autoclave para o Hospital Municipal Santa Clara de Bom Jardim de Goiás/GO
--

[Assinatura]

Justificativa:

O Município de Bom Jardim de Goiás tem uma boa estrutura da Atenção Básica, contando com 03 PSFs, 02 Equipes de Saúde Bucal e 01 Equipe do NASF, mas fica a desejar, quando se trata de atendimentos especializados, quando necessitam realizar os procedimentos de Média Complexidade, sendo que estes procedimentos em sua maioria, são pactuados com municípios vizinhos, causando com isso a insatisfação dos usuários e em consequência disto o acolhimento e a humanização no atendimento ficam a desejar.

No Hospital Municipal Santa Clara, houve aumento nos esforços para viabilizar a manutenção da Unidade, mas, devido às dificuldades oriundas da crise financeira pela qual este Município tem passado, dificulta o atendimento adequado e eficaz à totalidade de nossos pacientes.

Com a aquisição deste Autoclave irá melhorar a qualidade e ampliar o impacto da atenção na Média Complexidade sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso.

Informações para análise à luz da Portaria nº 1.126/2017 – GAB/SES – GO e Memorando Nº 18/2017 SEI – GERCRAS - 03094:

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEITOS			
Internação hospitalar parâmetros: taxa de ocupação: 90%			
Descrição	Quantidade	Leitos/dia	Meta
Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	25	18	25
Capacidade instalada	25	18	25
Meta – 100% da capacidade	25	18	25
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Atendimento de urgência/emergência	87		
Atendimento ambulatorial – consultas	2.250		
Procedimentos cirúrgicos	60		
Internações	690		
SADT – radiologia	06		
SADT – análises clínicas	1.543		
SADT – Eletrocardiografia	120		
SADT – Ultrassonografia	120		
Farmacêuticos Contratados	03		
Enfermeiros Contratados	06		
Técnicos de Enfermagem Contratados	20		
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	01		
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	01		

Atos não médicos – Psicologia (profissionais contratados)	01
Atos não médicos – Serviço Social (profissionais contratados)	01

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ R\$: 100.000,00	Valor mensal: R\$: 100.000,00
--------------------------------------	----------------------------------

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 -	R\$: 100.000,00	Junho -	
Julho		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 à 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.

_____ em ____/____/____.

Assinatura: _____

OZAIR SEVERINO LEONEL

Secretária Municipal de Saúde

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.

