

PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: DR. SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO	Processo: 20230010002639
Endereço: Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal De Saúde Mozarlândia	CNPJ do FMS: 11.271.688/0001-60
Gestor: Ana Cristina Borges Romão	
Endereço: Rua São Paulo s/n - Setor Centro – CEP: 76.700-000	
Dados bancários: Banco do Brasil Ag: 1806-6 C/c: 34.455-9	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Secretária Municipal de Saúde de Mozarlândia	CNES: 6466427
Endereço: Rua São Paulo s/n - Setor Centro – CEP: 76.700-000	
Cidade: Mozarlândia - Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Sem Fins Lucrativos
Serviços ofertados: () Ambulatorial () Internação () UTI () SADT () Hospital dia (x) Outros: Farmácia Municipal.	

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Período: 1 ano	Início: 07/2023	Término: 07/2024
Identificação do objeto: CUSTEIO MEDICAMENTOS		
Justificativa: O Município de Mozarlândia possui uma população de 14.750 habitantes em todo território (dados do IBGE estimado para 2022), grande parte da população é humilde e com baixa renda. A saúde conta com uma ótima estrutura de atenção básica, com 4 PSF e 01 Equipe do E-Multi, que consegue atingir índice de 90% de cobertura. Para atendimentos de média complexidade, o município possui um Hospital Municipal e laboratórios.		

Esta emenda será destinada a custear as despesas correntes com aquisição de medicamentos para atender a necessidades da Farmácia do Município de Mozarlândia. A partir do recebimento do recurso desta emenda, o município conseguirá garantir a oferta do serviço, proporcionar uma facilitação do acesso dos usuários na intenção de melhorar a qualidade e ampliar os serviços de distribuição gratuita dos medicamentos. Tendo assim uma melhor condição de saúde da população e ter uma grande satisfação dos seus usuários.

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

LEITOS			
1 – Internação hospitalar			
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 Individual		3.682	
Atendimento Odontológico		462	
Procedimento		3.661	
Visita Domiciliares		10.878	
Médico Clínico Contratados		6	
Enfermeiros Contratados		13	
Técnico de Enfermagem Contratados		17	

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 50.000,00	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	-	Julho	-
Agosto	R\$ 50.000,00	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 pelo Proponente.

III – Realizar os repasses dos recursos recebidos da concedente a unidade assistida em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde

8.2 – Do Fundo De Saúde

I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;

II – Realizar os repasses dos recursos recebidos da Concedente à Proponente em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde;

8.3 – Da Unidade Assistida

I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas, as vagas disponibilizadas deverão ser ocupadas a critério da SMS, inexistindo recusa por parte da entidade assistida, sob pena de abertura de processo de irregularidades e/ou medidas judiciais cabíveis.

II – 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.

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

IV – Realizar a prestação de contas da utilização dos recursos repassados pela Concedente, a cada 6 parcelas;

V – 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 DA UNIDADE ASSISTIDA

Na qualidade de representante legal da Unidade Assistida, 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.

Mozarlândia, em 11/07/2023

Ana Cristina Borges Romão
Secretária Municipal de Saúde de Mozarlândia-Goiás

11 – DECLARAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Na qualidade de Gestor do Fundo Municipal de Saúde, da Secretária Municipal de Saúde interveniente, devidamente qualificada neste plano de trabalho, declaro estar ciente do teor do presente e de acordo com o mesmo.

Mozarlândia, em 11/07/2023

Ana Cristina Borges Romão
Secretária Municipal de Saúde de Mozarlândia-Goiás

12 – 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.