



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 VENCIO	Processo: 202300010002652
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal da Saúde de Anápolis	CNPJ do FMS: 06.169.881/0001-55
Gestora: ELINNER ROSA DE ALMEIDA SILVA E GONÇALVES	CPF: 008.911.581-38
Endereço: Rua Prof. Roberto Mange nº152 4º andar Vila Santana CEP 75113-630	
Dados bancários: Caixa Econômica Federal OP: 006 Agência: 2511 Conta-corrente: 71.342-5	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Associação Casa Joana	CNES: 0065080
Endereço: Rua Doutor Faustino nº87 bairro Jundiá	
Cidade: Anápolis	Esfera Administrativa: Pública Natureza:
Serviços ofertados: () Ambulatorial () Internação () UTI () SADT () Hospital dia (x) Outros:	

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Indo e Vindo com cuidado	Período de execução: 12 meses	
	Início: Agosto /2023	Término: Agosto/2024
Identificação do objeto: Carro/ Automóvel		

Justificativa:

A Associação Casa Joana tem uma ampla estrutura física com 5 consultórios, além de cozinha para as atividades de culinária e amplo espaço para aulas de dança, pintura, artes, palestras, etc. Além da piscina que tem aulas de natação 4 vezes na semana. Diante dessas extensas atividades que hoje acontece, temos necessidade de um automóvel para que possamos buscar matéria, doação, socorrer criança ou voluntários, fazer compras para manutenção da instituição.

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Planejamento adequado, trabalho com qualidade, evitar desperdícios, regularidade na conduta de quem dirigir, mobilidade, desempenho, cronograma detalhado com definição de cada parte dos envolvidos, como no abastecimento e manutenção do automóvel.

ATENDIMENTO

Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento com psicólogo	60
Atendimento com psicanalista	64
Atendimento com psicopedagogo	52
Atendimento terapia na piscina	60
Fisioterapia	20
Terapia no colchão magnético	20
Terapia Ocupacional	20
Cozinha terapêutica	50
Terapia com mães	60
Serviço em Geral	01
Médica Psiquiatra (atende toda ultima terça-feira do mês)	03

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 120.000,00

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		Junho	
Julho		Julho	
Agosto	R\$ 120.000,00	Agosto	
Setembro		Setembro	
Outubro		Outubro	
Novembro		Novembro	
Dezembro		Dezembro	

[Assinatura]

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

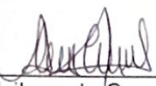
A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade fundo a fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais 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 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.

Anápolis, Goiás em ____/____/____



Alcileia do Carmo Silva
Presidente
Casa Joana

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.

Anápolis, Goiás em ____/____/____

ELINNER ROSA DE ALMEIDA SILVA E GONÇALVES:
00891158138

ELINNER ROSA DE ALMEIDA SILVA E GONÇALVES:
VES:00891158138
2023.07.06 14:53:58-03'00'

Elinner Rosa de Almeida Silva e Gonçalves
Secretária Municipal de Saúde de Anápolis

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.