



PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: SERGIO VENCIO	Processo: 202300010002659
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRITÂNIA GO.	CNPJ do FMS: 09.332.615/0001-90
Gestor: SANDRA EDUARDO DE FARIA SILVA	CPF: 063.539.816-86
Endereço: AV: BRASILIA Nº 1498 CENTRO	
Dados bancários: Banco: 104 Agência: 1240 – JUSSARA-GO OP-006 Conta-corrente: 71.295-4	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Hospital Maternidade Municipal de Britânia	CNES: 238.2377
Endereço: RUA JOÃO BATISTA NUNES Nº872 - CENTRO	
Cidade: BRITÂNIA	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Pública
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial (X) Internação () UTI (x) SADT () Hospital dia ☐ Outros:	

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Identificação do objeto:



Identificação do objeto: Aquisição de Um Aparelho Raio X para o Hospital Municipal de Britânia GO

Justificativa:

O Município de Britânia tem uma boa estrutura da atenção básica, contando com 02 PSFs e Equipes de Prevenção a Saúde, 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. Com a Aquisição do Equipamento de Raio X para o **Hospital Municipal De Britânia**, nosso atendimento pode ser completo e melhorar a acessibilidade dos serviços para os usuários do SUS, lembrando que estamos à 314 KM de Goiânia e que muitas das nossas necessidades pode ser resolvidas aqui sem ter que regular vagas para os grandes centros, melhorando a qualidade e ampliação do 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.

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEITOS

1 – Internação hospitalar

parâmetros: taxa de ocupação: 90%

Descrição	Quantidade	Leitos/dia 14	Meta
Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	50		
Capacidade instalada -			
Meta – 100% da capacidade			

ATENDIMENTO

Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	20
Atendimento ambulatorial – consultas	260
Procedimentos cirúrgicos	40



SADT – radiologia	20
SADT – análises clínicas	880
SADT – Eletrocardiografia	-
SADT – Ultrassonografia	100
Atos não médicos – Nutricionista (profissional efetivo)	01
Atos não médicos – Fisioterapia (profissionais efetivos)	02
Psicologia (profissional efetivo)	01
Farmacêutico (profissional efetivo)	01

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 300.000,00	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 -	300.000,00	Abril -	
Maio -		Maio -	
Junho -		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 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



10 – DECLARAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Assinatura: SANDRA EDUARDO DE FARIA SILVA:06353981686

SANDRA EDUARDO DE FARIA SILVA
Secretária de Saúde

Assinado digitalmente por SANDRA EDUARDO DE FARIA SILVA 06353981686
ONE-CHES, DocuSign, DocuSign CERTIFICADO DIGITAL X, OU=4078389000114, OU=Presencial, CN=Certificado PF A3,
C=Brasil, CN=SANDRA EDUARDO DE FARIA SILVA 06353981686
Lembrando: esta localização de assinatura aqui
Data: 2023.02.27 07:39:36 -0300
E-mail: sandra@saude.sp.gov.br

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.