



PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.544.963/0001-56
Gestor: Sérgio Alberto Cunha Vencio	Processo: 202300010002732
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Divinópolis de Goiás-GO	CNPJ do FMS: 11.726.671/0001-50
Gestora: Lidiane de Oliveira Martins	CPF: 923.258.581-20
Endereço: Praça São João Batista, Centro, Divinópolis de Goiás-GO	
Dados bancários: Banco do Brasil Agência: 4130-0 Conta-Corrente: 11.281-X	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Unidade de Saúde da Família PSF Divinópolis	CNES: 2535297
Endereço: Avenida Manoel Dias, nº 08, Centro, CEP: 73.865-000	
Cidade: Divinópolis de Goiás – GO	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Sem fins lucrativos
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial () Internação () UTI () SADT () Hospital Dia ☐ Outros:	



2 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

PERÍODO DE EXECUÇÃO: 12 meses	Início: 04/2023	Término: 04/2024
Identificação do objeto: CUSTEIO PARA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS.		
Justificativa: O Município de Divinópolis de Goiás – GO tem hoje uma população estimada de 4.701 habitantes com uma boa estrutura da atenção básica, contando com 03 PSFs, e os atendimentos especializados, são pactuados com a Policlínica Regional, localizada na cidade de Posse, que atende cerca de 31 municípios da macrorregião nordeste de Goiás, com esse custeio vamos poder melhorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Básica Municipal dando sequência ao tratamento podendo assim ampliar o impacto da atenção e às condições de saúde da população e melhorar a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso. Diante do exposto, venho por meio deste, pleitear a liberação de R\$ 61.000,00 (sessenta e um mil reais), visando o custeio no intuito de oferecer um atendimento digno a população do município.		

3 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEITOS				
Descrição	Atual		Meta	
	Quantidade (mês)	Diárias (mês)	Quantidade (mês)	Diárias (mês)
Cirurgia Geral				0
Clinica Geral				0
Obstetrícia Cirúrgica				0
Pediatria Clínica				0
Neonatologia				0
Clínica Obstétrica				0
METAS DE ATENDIMENTO				
Descrição				Quantidade realizada/mês



Atendimento de urgência/emergência	10
Atendimento ambulatorial (consultas)	90
Procedimentos cirúrgicos	0
SADT – radiologia	0
SADT – análises clínicas	0
SADT – Eletrocardiografia	0
SADT – Gesso	0
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	0
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	0
Psicologia (profissionais contratados)	0
Serviço Social (profissionais contratados)	0

4 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 61.000,00

5 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2023		ANO: 2024	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro	-	Janeiro	-
Fevereiro	-	Fevereiro	-
Março	-	Março	-
Abril	R\$ 61.000,00	Abril	-
Maio	-	Maio	-
Junho	-	Junho	-
Julho	-	Julho	-
Agosto	-	Agosto	-
Setembro	-	Setembro	-
Outubro	-	Outubro	-
Novembro	-	Novembro	-
Dezembro	-	Dezembro	-



6 – 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.



7 – 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.

8 – 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.

Divinópolis de Goiás, 03 de abril de 2023.

Lidiane de Oliveira Martins
Secretária Municipal de Saúde



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



9 – 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.

Divinópolis de Goiás, 03 de abril de 2023.

Assinatura:

Lidiane de Oliveira Martins
Secretária Municipal de Saúde

10 – 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.

Goiânia, em ____/____/____.

Sérgio Alberto Cunha Vencio
Secretário de Estado da Saúde