



PLANO DE TRABALHO

Instituto de Medicina do Comportamento
Eurípedes Barsanulfo

CNPJ: 01.029.180/0001-05

Administração: (62) 3311-9064 – Serviço Social: (62) 3311-9023 – Geral: (62) 3311-9000
R. Allan Kardec, 39 – CP: 121 – V. Santa Isabel – CEP: 75063-560 – Anápolis-GO
contato@inmceb.med.br | ouvidoria@inmceb.med.br | ti@inmceb.med.br

PLANO DE TRABALHO

1 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: INMCEB – Instituto de Medicina Do Comportamento Eurípedes Barsanulfo		CNES: 01029180000105
Endereço: Rua Alan Kardec N° 39, Bairro Vila Santa Isabel		
Cidade: Anápolis - Goiás	Esfera Administrativa: Privada Natureza: Sem Fins Lucrativos	
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial (x) Internação () UTI () SADT () Hospital dia ☐ Outros:		
Nome do Responsável legal Elcival Vitor Silva		
Documento de Identificação RG 1461859 DGPC GO	CPF 29532566104	Cargo Presidente

2– CONVENIENTE

Nome: Estado de Goiás através da SES	CNPJ do FMS: 05.529.964-3737
Nome do Representante Legal Sérgio Alberto Cunha Vêncio	
Endereço: Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-Go	

3–DESCRIÇÃO DO PROJETO

Vigência	Início: 01/07/2023	Término: 30/06/2024
Identificação do objeto: Convênio da Emenda Parlamentar N° 568/2023 do Deputado Estadual Cel Adailton no valor de R\$100.000,00 para custeio na área da saúde, destinados ao INMCEB		

Justificativa:

O Instituto de Medicina do comportamento Eurípedes Barsanulfo – INMCEB é uma instituição Filantrópica sem fins lucrativos, fundada em 23 de Abril de 1950, com sede no município de Anápolis/GO, tendo como missão prestar atendimento de assistência médica psiquiátrica, psicológica, alimentar, social e religiosa a toda comunidade local e regional.

Essa assistência hospitalar é prestada de forma humanizada e de qualidade há 73 anos aos usuários do SUS com transtorno mental e dependência química, a população pertencente aos Municípios que integram a regional dos Pirineus e Macrorregião de saúde de Anápolis encaminhadas pelo setor de regulação para acesso aos serviços, respeitando os limites operacionais da instituição.

A destinação da transferência dos recursos correntes será aplicada na manutenção operacional da unidade de saúde especializada, com custeio de gêneros alimentícios, uma vez que o cenário econômico do Brasil, enfrenta a inflação exagerada desses produtos, inviabilizando que nossa instituição continue fazendo a aquisição destes bens sem prejuízo e custeio de folha de pagamento de funcionários.

Assim sendo reafirmo a necessidade de reformulação desta unidade de assistência a população do Município de Anápolis, que de acordo com IBGE, constitui-se o terceiro maior município do estado em população com 386.923 mil habitantes, que apresenta dificuldades financeiras em arcar com o recurso próprio do Município, esse aporte será de extrema importância para um atendimento mais eficiente, qualificado e humanizado, colaborando numa recuperação mais rápida e de bem-estar do paciente.

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

LEITOS			
1 – Internação hospitalar			
Parâmetros: taxa de ocupação: 90%			
Descrição	Quantidade	Leitos/dia	Meta
Internação para dependentes químicos e portadores de Transtornos Mentais			
Capacidade instalada -	200	153	76,5%
Meta – 100% da capacidade	200	120	60%
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Prontuários Abertos	60		
Pacientes moradores	48		
Consultas Médicas/ Pronto Atendimento	106		
Quantidade de diárias de internação	1800		
Diárias fixas (moradores)	1440		
Médico Plantonista	09		
Médico Assistente	04		
Naturólogo	01		

Terapeuta Ocupacional	01
Assistente Social	02
Nutricionista	01
Farmacêuticos Contratados	02
Administrativos/Segurança do Trabalho/Serviços Gerais/ Serviços de Apoio	89
Enfermeiros Contratados	07
Técnico de Enfermagem Contratados	39

6 – VALOR DO PROJETO

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

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO E PLANO DE APLICAÇÃO

ANO: 2023		ANO: 2023	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro	-	Agosto	-
Fevereiro	-	Setembro	-
Março	-	Outubro	-
Abril	-	Novembro	-
Maio	-	Dezembro	-
Junho	-		
Julho	R\$ 100.000,00		

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Ordem	Etapa	Descrição
1	Cotação de Preços	Cotação de preços de gêneros alimentícios.
2	Aquisição e pagamento de itens de custeio operacional	Aquisição e pagamento de Gêneros Alimentícios

Plano de Aplicação de recursos

Ordem	Natureza	Tipo Objeto	Aplicação	Propo- nente	%	Concedente	%
1	CUSTEIO	Custeio operacional	Generos Alimentícios, medicamentos, produtos de limpeza e desinfecção hospitalar e pagamento de pessoal	0	0	R\$ 100.000,00	100
						R\$ 100.000,00	100

7 – VALOR DO PROJETO E CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Valor global: R\$ 100.000,00					DESEMBOLSO EM PARCELA ÚNICA		
Parcela	Valor	%	Proponente	%	Concedente	%	Total Desembolso
1	R\$ 100.000,00	100	0,00	0	R\$ 100.000,00	100	R\$ 100.000,00

8 – OBRIGAÇÕES

8.1 – Da concedente

- I – Realizar o repasse dos recursos, via emenda parlamentar impositiva diretamente a Instituição, 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, via emenda parlamentar impositiva diretamente a Instituição

8.2 – Da emenda parlamentar impositiva diretamente a Instituição

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

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 – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;
- III – Realizar a prestação de contas da utilização dos recursos repassados pela Concedente, até 30/12/2023.

9 – DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses 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 na forma deste Plano de Trabalho.

Anápolis, 23 de junho de 2023

ELCIVAL VITOR

SILVA:29532566104

Assinado de forma digital por
ELCIVAL VITOR
SILVA:29532566104
Dados: 2023.11.23 17:19:41 -03'00'

ELCIVAL VITOR SILVA

11- APROVAÇÃO

APROVADO

Local e Data

Sérgio Alberto Cunha Vêncio



Documento assinado eletronicamente por **ELCIVAL VITOR SILVA, Usuário Externo**, em 05/02/2024, às 16:27, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 07/02/2024, às 13:59, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?

acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **56474733** e o código CRC **3CABF2D8**.



Referência: Processo nº 202300010002784



SEI 56474733