



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO	Processo SES: 202300010002833
Endereço: Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal De Saúde de Goiânia.	CNPJ do FMS: 37.623.352/0001-03
Gestor: Durval Ferreira Fonseca Pedroso	
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	
Dados bancários: Banco: 104 Agência: 2510 - Operação: 06 - Conta corrente: 617-0	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA	CNES: 2338351
Endereço: Rua Campinas, 1135 - Vila Americano do Brasil - Goiânia/Go- CEP 74530-240	
Cidade: Goiânia - Goiás	Esfera Administrativa: Privada Natureza: Sem Fins Lucrativos
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial (X) Internação (X) UTI (X) SADT () Hospital dia () Outros:	
Dados para contato: Ildeu Luiz de Miranda Jr – (62) 98528-2646	
DADOS BANCÁRIOS (Conta específica para movimentação do recurso)	
CO:	Caixa Econômica Federal

[Assinatura]



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



AGÊNCIA:	2512
CONTA:	2258-0
OPERAÇÃO:	003

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

4.1 PRAZO:

Tempo de Execução: 12 meses	Início: A partir da publicação da portaria estadual de homologação no Diário Oficial do Estado de Goiás
Identificação do objeto: CUSTEIO HOSPITALAR (MEDICAMENTOS)	
Justificativa: Com mais de 80 anos de existência, a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia é hospital referência para o Estado de Goiás apresentando a maior produção em assistência SUS do Estado e responsável por cerca de 10% das internações SUS em Goiânia. Como hospital geral, realiza milhares de atendimentos diários assistindo pacientes em serviços especializados no âmbito da cardiologia, neurocirurgia, oncologia, transplantes, entre outros e que a unidade hospitalar busca qualificar progressivamente a assistência médica aos usuários SUS, sendo de fundamental importância recursos para aquisição de medicamentos com o objetivo de ofertar o melhor assistência possível ao paciente.	

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS

LEITOS			
1 – Internação hospitalar			
parâmetros: taxa de ocupação: 90%		298 Leitos	
Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	Quantidade	Leitos/dia	Meta
	515	268,2	515
	procedimentos		
Capacidade instalada -			
Meta – 100% da capacidade		100%	
ATENDIMENTO			
Descrição		Quantidade realizada/mês	
Prontuários Abertos		605	



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Pacientes Atendidos	5537
Consultas Médicas	1799
Cirurgias Realizadas	1487
Internações	605
Punção para Mielogramas	0
Farmacêuticos Contratados	08
Enfermeiros Contratados	70
Técnico de Enfermagem Contratados	276

6 – VALOR DO PROJETO

Repasse Único	R\$ 70.000,00
---------------	---------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Parcela única	Após a Assinatura do termo de compromisso de repasse com a secretaria municipal de saúde após fluxo processual e condicionado ao repasse pela Secretaria de Estado da Saúde
----------------------	---

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 à unidade assistida após a homologação do plano de trabalho e publicação no diário oficial do estado.
- IV – O monitoramento, avaliação e acompanhamento das metas de produção bem como a prestação de contas ficará a cargo da Superintendência de Performance - SES que deverá validar o relatório de cumprimento de metas. Conforme consta da Portaria 526/2019 – SES em seu artigo 20 e 25.

8.2 – Do Fundo Municipal de Saúde

- I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
- II – realizar o repasse mediante assinatura do termo de repasse após o fluxo processual na



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



sms bem como do recebimento do recurso pela SES, por meio dos documentos de homologação do plano de trabalho publicados e ordens de pagamento.

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



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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. Sendo esta da responsabilidade da Superintendência de Performance da Secretaria Estadual de Saúde. Conforme portaria 526 de 2019.

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.

Goiânia em 20/01/2023.


IRANI RIBEIRO DE MOURA
SUPERINTENDENTE GERAL
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA

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.

Goiânia em ____ de _____ de 2023.


DURVAL FERREIRA FONSECA PEDROSO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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.

(Assinaturas manuscritas em azul)

PLANILHA DE MEDICAMENTO - ANTIBIÓTICOS

Discriminação	Medida	Qtde	Unitário	Total
ACICLOVIR PO INJ 250MG	FRASCO	100	R\$ 5,70	R\$ 570,00
AMICACINA 250MG/ML - 2ML	AMP	150	R\$ 6,68	R\$ 1.002,00
AMOXACILINA + CLAVULANATO PO INJ 1200MG	FRASCO	50	R\$ 13,89	R\$ 694,50
AMOXACILINA 500MG + ACIDO CLAVULANICO 125MG	COMP	90	R\$ 6,20	R\$ 558,00
AZITROMICINA 500MG	COMP	210	R\$ 1,02	R\$ 214,20
CEFAZOLINA PO INJ 1G	FRASCO	800	R\$ 3,80	R\$ 3.040,00
CEFEPIME PO INJ 1G	FRASCO	300	R\$ 8,30	R\$ 2.490,00
CEFTAZIDIMA PO INJ 1G	FRASCO	200	R\$ 11,56	R\$ 2.312,00
CEFTRIAXONA PO INJ 1G	FRASCO	1.000	R\$ 3,00	R\$ 3.000,00
CEFUROXIMA PO INJ 750MG	FRASCO	400	R\$ 7,97	R\$ 3.188,00
CIPROFLOXACINO 500MG	COMP	84	R\$ 0,54	R\$ 45,36
CIPROFLOXACINO SIST FECHADO 200MG - 100ML	FRASCO	180	R\$ 14,89	R\$ 2.680,20
CLARITROMICINA PO INJ 500MG	FRASCO	30	R\$ 24,00	R\$ 720,00
CLINDAMICINA 600MG - 4ML	AMP	500	R\$ 3,28	R\$ 1.640,00
FLUCONAZOL 150MG	CAPSULA	60	R\$ 1,33	R\$ 79,80
FLUCONAZOL 200MG - 100ML	FRASCO	180	R\$ 11,02	R\$ 1.983,60
GENTAMICINA 80MG - 2ML	AMP	200	R\$ 1,47	R\$ 294,00
LEVOFLOXACINA 750MG - 100ML	FRASCO	20	R\$ 23,40	R\$ 468,00
LINEZOLIDA 600MG - 300ML	FRASCO	20	R\$ 22,50	R\$ 450,00
MEROPENEN PO INJ 1G	FRASCO	1.000	R\$ 17,25	R\$ 17.250,00
METRONIDAZOL 250MG	COMP	140	R\$ 0,90	R\$ 126,00
MICAFUNGINA 50MG	FRASCO	10	R\$ 379,00	R\$ 3.790,00
NISTATINA 100.000UI/ML SOL ORAL 50 ML	FRASCO	30	R\$ 4,72	R\$ 141,60
NISTATINA CREME VAGINAL 60G	TUBO	30	R\$ 3,47	R\$ 104,10
OXACILINA PO INJ 500MG	FRASCO	300	R\$ 1,02	R\$ 306,00
PIPERACILINA + TAZOBACTAM 4.5G	FRASCO	1.200	R\$ 15,15	R\$ 18.180,00
POLIMIXINA B 500.000 UI	FRASCO	150	R\$ 8,83	R\$ 1.324,50
SULFADIAZINA DE PRATA 1% CREME 30G	TUBO	30	R\$ 5,91	R\$ 177,30
SULFAMETOXAZOL 400MG + TRIMETROPINA 80MG	COMP	100	R\$ 2,68	R\$ 268,00
TEICOPLANINA PO INJ 400MG	AMP	30	R\$ 31,00	R\$ 930,00
VANCOMICINA PO INJ 500MG	FRASCO	500	R\$ 4,00	R\$ 2.000,00
TOTAL				70.027,16