



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: SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA	Processo: 202300010002893
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal De Saúde Nova Aurora	CNPJ do FMS: 05.628.919/0001-48
Gestor: Odilon Ferreira Borges	CPF: 471.041.201-49
Endereço: Rua Bahia, 92 – Centro Nova Aurora/GO	
Dados bancários: Banco: Banco do Brasil Agência: 572-X Conta-corrente: 20614-8 CONV. EST. AQUIS. AMBULANCIA	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Centro de Saúde de Nova Aurora	CNES: 2442582
Endereço: RUA XV DE NOVEMBRO, 54	
Cidade: Nova Aurora	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Pública
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial () Internação () UTI () SADT () Hospital dia ☐ Outros:	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Identificação do objeto: Aquisição de Ambulância Sanitária para a Secretaria Municipal de Saúde

Justificativa:

O Município de Nova Aurora, tem uma boa estrutura de Atenção Básica, contando com 01 equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), existe ainda no município um Centro de Saúde, um polo da Academia da Saúde e uma equipe do Núcleo de Apoio de Atenção a Família (NASF).

A atenção básica e a ESF consegue ofertar cobertura de 100 % dos usuários, mas fica a desejar, quando se trata de atendimentos especializados, uma vez que o município não conta com hospital, assim, quando há necessidade de realização de procedimentos de Média e Alta Complexidade e internações, os pacientes são encaminhados para os serviços de referência.

Dispomos de serviços médicos de segunda a sexta feira, das 07:00 às 17:00 horas, quando há necessidade de atendimento médico fora deste período os pacientes são levados para o município de referência através de ambulâncias sanitárias.

A gestão tem conseguido manter os serviços funcionantes e temos tido boa resolutividade dos casos, porém a necessidade de atendimentos eletivos, regulados e agendados ser urgência especializados acontece nos locais de referência, o veículo van servirá para o transporte seguro dos pacientes para os municípios conforme pactuação, bem como proporcionará a racionalização de custos com transporte. Vale frisar que os pacientes assistidos e transportados neste veículo são aqueles que não possuem risco de morte. O equipamento adquirido seguirá as especificações técnicas do SIGEM.

Reforçamentos que o deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação, no âmbito do SUS. Destina-se à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento ou de transporte em decúbito horizontal.

(preencher conforme orientações expostas abaixo.)

(PARA AMBULÂNCIA TIPO A:) -

1- Qual o quantitativo de ambulâncias tipo A do município descrito no Plano de Trabalho?

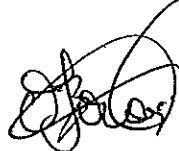
Resposta: uma.

2 – Foi anexado as fotos, laudo técnico com descrição do estado atual da ambulância
EMITIDO POR OFICINA ESPECIALIZADA?

Resposta: Fotos no anexoI.

3 – Foi obedecido o quadro abaixo quanto aos critérios que estipulam o quantitativo máximo de distribuição das ambulâncias tipo A que tem como base a relação entre a população de cada município, a sua capacidade assistencial e parâmetros indicados abaixo?

Resposta:(justificar) Sim. Como não temos hospital em nosso Município é grande a demanda para transporte de pacientes para outras cidades.



INTERVALO POPULACIONAL	QUANTIDADE DE AMBULÂNCIAS
0 a 5.000	01
5.001 a 10.000	02
10.001 a 20.000	04
20.001 a 50.000	06
Acima de 50.000	08

ORIENTAÇÕES PARA AS PREFEITURAS

Adequar conforme o objeto:

(PARA AMBULÂNCIA TIPO A:) - Deverá conter informação sobre o quantitativo de ambulâncias tipo A no município descrito no Plano de Trabalho, fotos, laudo técnico com descrição do estado atual da ambulância emitido por oficina especializada. Os critérios que estipulam o quantitativo máximo de distribuição das ambulâncias tipo A tem como base a relação entre a população de cada município, a sua capacidade assistencial e parâmetros abaixo:

INTERVALO POPULACIONAL	QUANTIDADE DE AMBULÂNCIAS
0 a 5.000	01
5.001 a 10.000	02
10.001 a 20.000	04
20.001 a 50.000	06
Acima de 50.000	08

Informações para análise à luz da Portaria nº 1.126/2017 – GAB/SES – GO e Memorando Nº 18/2017 SEI – GERCRAS - 03094:



5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEITOS			
1 – Internação hospitalar parâmetros: taxa de ocupação: 90%			
Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	Quantidade 15	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade			

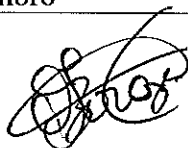
ATENDIMENTO	
Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	300
Atendimento ambulatorial – consultas	1.000
Procedimentos cirúrgicos	20
SADT – radiologia	100
SADT – análises clínicas	-
SADT – Eletrocardiografia	50
SADT – Ultrassonografia	-
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	01
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	01
Psicologia (profissionais contratados)	01
Serviço Social (profissionais contratados)	01

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 150.000,00	Valor mensal: -
------------------------------	-----------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2023		ANO: 2024	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro -	-	Janeiro -	-
Fevereiro -	-	Fevereiro -	-
Março -	150.000,00	Março -	-
Abril -	-	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.



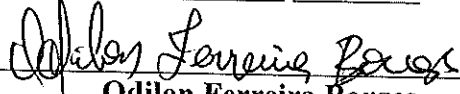
9 – DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

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 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 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.

_____ em ____/____/____.

Assinatura:  _____
Odilon Ferreira Borges

11 – APROVAÇÃO DA CONCEDENTE

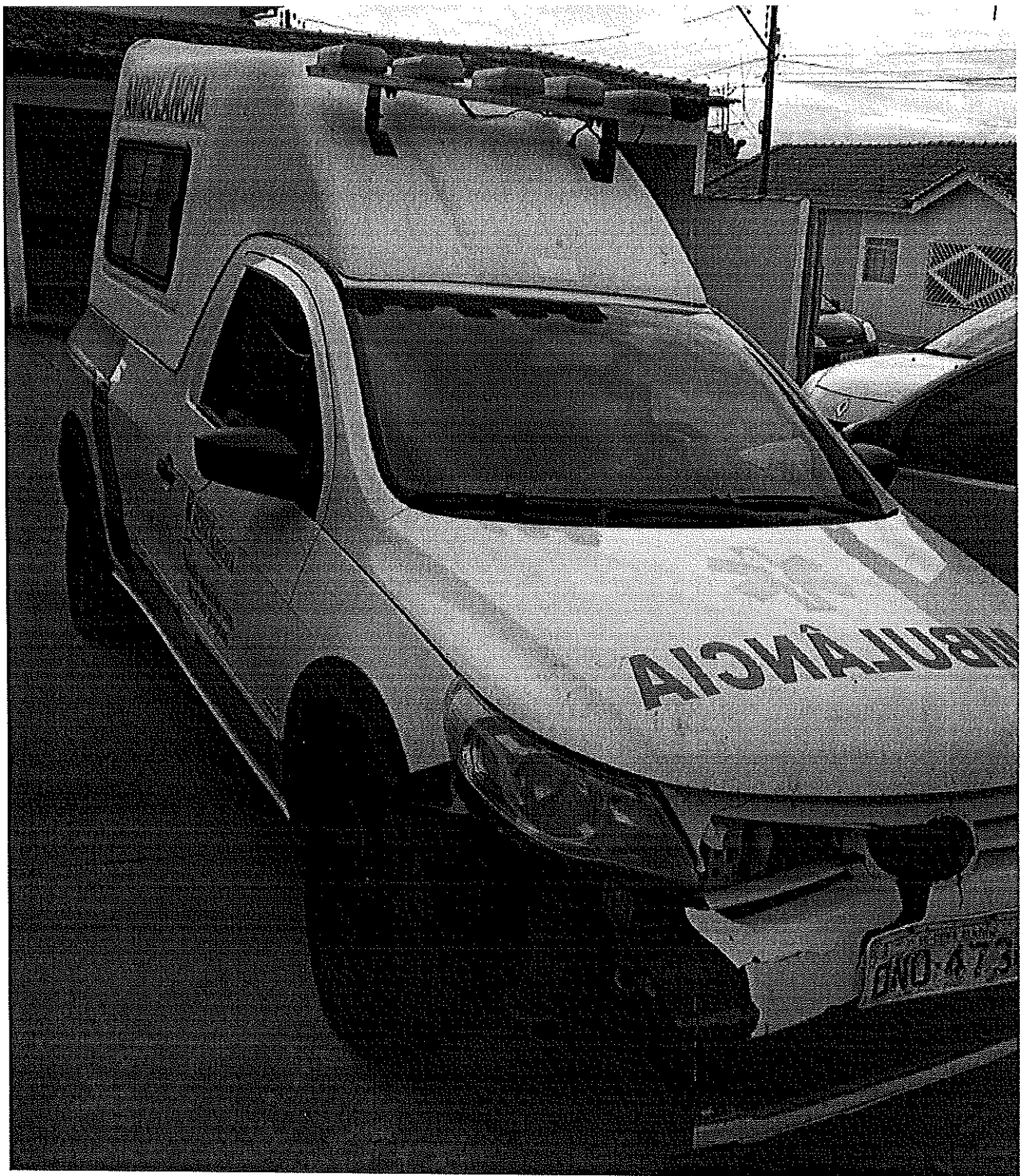
Ante a manifestação favorável das áreas técnicas da SES/GO envolvidas na avaliação da viabilidade de execução do presente Plano de Trabalho, conforme pareceres e despachos acostados nos autos, o Secretário de Estado da Saúde **APROVARÁ** o Plano de Trabalho por meio da homologação da Portaria a ser publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás, determinando sua execução, observadas as regras da Portaria que instituiu o financiamento.

ANEXO I

FOTOS DA AMBULÂNCIA



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



Handwritten signature