



SECRETARIA DE
SAÚDE
BONFINÓPOLIS

PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: Sérgio Alberto Cunha Vencio	Processo: 202300010002946
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BONFINÓPOLIS	CNPJ do FMS: 11.213.822/0001-77
Gestor: Diego Duarte de Castro	CPF: 013.509.501-81
Endereço: Avenida um esquina com a Rua 5 – Centro – Bonfinópolis- Goiás. CEP: 75195-000	
Dados bancários: Banco do Brasil Agência: 86-8 Conta corrente: 21632-1	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Secretaria Municipal de Saúde de Bonfinópolis - Goiás	CNES: 6390927
Endereço: Avenida Hum, Esq. c/ Rua 05 nº 594 - Setor Centro.	
Cidade: Bonfinópolis - Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza:
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial () Internação () UTI () SADT () Hospital dia (X) - Outros:	



SECRETARIA DE
SAÚDE
BONFINÓPOLIS

4 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Plano de Fortalecimento	Período de execução: 01 ano	
	Início: 03/04/2023	Término: 03/04/2024
Identificação do objeto: ATENDIMENTOS EM CONSULTÓRIO MÓVEL		
Justificativa: A referida emenda irá contribuir para a continuidade dos atendimentos odontológicos da equipe da atenção básica. A mesma irá proporcionar a contratação de empresa/laboratório para prestação de serviço na confecção de próteses dentárias totais superiores e/ou inferiores, além de disponibilizar material de moldagem, a entrega das próteses dentárias e os ajustes necessário de cada prótese, pelo período de 12 (doze) meses.		
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: 00	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade			

ATENDIMENTO	
Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	1.500
Atendimento ambulatorial – consultas	1.200
Procedimentos cirúrgicos	20
SADT – radiologia	00
SADT – análises clínicas	-
SADT – Eletrocardiografia	100
SADT – Ultrassonografia	-
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	00
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	00
Psicologia (profissionais contratados)	00
Serviço Social (profissionais contratados)	00

6 – VALOR DO PROJETO



SECRETARIA DE
SAÚDE
BONFINÓPOLIS

Valor global: R\$ 70.000,00	Valor mensal: R\$ 70.000,00
-----------------------------	-----------------------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2023		ANO: 2023	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro -		Janeiro -	
Fevereiro -		Fevereiro -	
Março -		Março -	
Abril -	R\$ 70.000,00	Abril -	
Maiο -		Maiο -	
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;

04



SECRETARIA DE
SAÚDE
BONFINÓPOLIS

- 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.



SECRETARIA DE
SAÚDE
BONFINÓPOLIS

10 – DECLARAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Na qualidade de representante legal do 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.

Bonfinópolis em 03/ abril /2023.

Assinatura: _____

Nome do Gestor

Diego Duarte de Castro
Secretário Municipal de Saúde
Dec. 002/2020

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.