



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: Sérgio Alberto Cunha Vencio	Processo: 202300010003036
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPESTRE – GO	CNPJ do FMS: 11.301.112/0001-07
Gestor: Wilma Aparecida Barunchelli Souza Silva	CPF: 307.252.401-72
Endereço: Av Ruy Barbosa - nº 41 - Centro - CEP: 75.385-000	
Dados bancários: Banco: Caixa Econômica Federal Agência: 1241 Conta corrente: 71141-4	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: UNIDADE DE SAUDE FAMILIA DE CAMPESTRE	CNES: 2361221
Endereço: AV RUI BARBOSA NÚMERO: 41- CENTRO CEP: 75396-000	
Cidade: CAMPESTRE DE GOIAS	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Municipal
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial () Internação ()UTI () SADT () Outros: Atendimento pré hospitalar	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto:	Período de execução: 1 ano	
Programa de fortalecimento	Início: 05/2023	Término: 05/2024
Identificação do objeto: Custeio para área da saúde no município de Campestre de Goiás - GO		
Justificativa: O município de Campestre de Goiás possui uma população estimada de 2.662 habitantes, e como a maior parte da população depende do Sistema único de Saúde (SUS), tendo uma demanda de atendimentos muito grande, e a infraestrutura da unidade deixa a desejar, causando a insatisfação desses usuários, sendo assim, solicitamos esse custeio para reforma da unidade de saúde Família Campestre, visando a melhoria, agilidade e qualidade no atendimento prestado a população, melhorando e ampliando assim o impacto da atenção na média complexidade sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos usuários.		

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 -	-	-	100%
Meta – 100% da capacidade			
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Atendimento Urgência e Emergência	253		
Atendimento Ambulatorial	1.800		
Procedimentos Cirúrgicos	0		
SADT- Radiologia	0		
SADT- Análise Clínica	-		
SADT- Eletrocardiografia	0		
SADT- Ultrassonografia	-		
Atos não médicos – Terapia ocupacional (profissionais contratados)	0		
Atos não médicos – Fisioterapia (profissionais contratados)	1		
Psicologia (profissionais contratados)	1		
Serviço Social (profissionais contratados)	1		

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 250.000,00	Valor mensal:
---------------------------------	---------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2023		ANO: 2024	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro		Janeiro	
Fevereiro		Fevereiro	
Março		Março	
Abril		Abril	
Maio	R\$ 250.000,00	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.

Campestre de Goiás,


Wilma Aparecida Barunchelli Souza Silva
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE CAMPESTRE DE GOIÁS

Assinatura:

Wilma Aparecida Barunchelli Souza Silva
Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Campestre de Goiás – GO

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.