



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: 202300010003040
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal De Saúde de Saúde de Itauçu/GO	CNPJ do FMS: 07.804.588/0001-85
Gestora: JOAO PAULO DE SA FAGUNDES	
Endereço: RUA CUIABA N 25 SETOR CENTRAL: 75450-000 ITAUCU/GO	
Dados bancários: BANCO DO BRASIL AG: 496-0 CONTA: 55.536-3	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: CENTRO DE SAUDE UNIDADE BASICA CENTRAL ITAUCU		CNES: 2361299
Endereço: RUA PORTO ALEGRE N 110		
Unidade: UBS JOAO DA AMBULANCIA		CNES: 9359087
Endereço: RUA OLIMPIO RIBEIRO MALTA SN RESIDENCIAL PARAISO		
Unidade: USF ZONA RURAL ITAUCU		CNES: 2769026
Endereço: RUA GOIAS SN – DISTRITO DE ORDALIA		
Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAUCU		CNES: 2437120
Endereço: RUA 04 QD 10 LT 24 SETOR CRUZEIRO DO SUL CEP 75450-000		
Cidade: Itauçu - Goiás		Esfera Administrativa: Publica Natureza: Municipal
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial (X) Internação () UTI () SADT () Hospital dia (X) Outros: Ultrassom, Eletrocardiograma, Exames Laboratório Clínico, Ambulância Transporte.		

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Custeio	Período de execução: 1(um) Ano	
	Início: Junho/2023	Término: Junho/2024
Identificação do objeto: Aquisição de Custeio		
Justificativa: O Município de Itauçu/go dispõe de um Sistema de Saúde que cobre todos os níveis de Atenção Básica e Atenção Especializada, que desempenha atividades de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, mantendo serviços prestados tanto na Zona Rural quanto na Zona Urbana, por meio dos programas, Estratégia da Saúde da Família (ESF), Programa da Saúde Bucal (PSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). E na Média Complexidade de 1º, 2º e 3º nível de referência nas Unidades ou Serviços que desempenham ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos. Todas as equipes aplicam ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde daquela determinada comunidade. Justifica-se como aquisição deste pleito a necessita de um incremento da receita para que possa complementar como custeio para execução de manutenção e bom funcionamento da saúde e assim conseguir atender todos aqueles que demandam cuidados contínuos para a prevenção. O objetivo é assegurar tratamento e acompanhamento de qualidade no município, evitando o deslocamento de pacientes para outras cidades. Devido ao crescente número de casos confirmados de doenças em todo país sabemos que alguns fatores são predominantes para garantir que o atendimento permaneça sendo prestado a esses pacientes. Mediante a esses expostos faz-se necessário um complemento quanto ao Custeio visando atender demandas em compra de Medicamentos para a Atenção Básica (UBS) e Atenção Especializada de Itauçu/Go. Ensejamos garantir que os atendimentos a todos pacientes permaneçam sendo prestado com excelência.		

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 Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade	Quantidade	Leitos/Dia	Meta
	05	18	18

ATENDIMENTO	
Descrição	Quantidade Realizada/Mês
Atividade Educativa / Orientação Em Grupo Na Atenção Primaria	2
Glicemia Capilar	244
Consulta Medica Em Atenção Especializada	1000
Atendimento De Urgência Em Atenção Primaria Com Observação	100

Administração De Medicamentos Na Atenção Especializada.	1.329
Aferição De Pressão Arterial	800
Cateterismo Vesical De Alivio	8
Cateterismo Vesical De Demora	8
Lavagem Gástrica	7
Retirada De Pontos De Cirurgias (Por Paciente)	70
Sondagem Gástrica	3
Terapia De Reidratação Oral	77
Remoção Manual De Fecaloma	8
Drenagem De Abscesso	6
Excisão E/Ou Sutura Simples De Pequenas Lesões Ferimentos	60
Exérese De Tumor De Pele E Anexos / Cisto Seba' Eo / Lipoma	8
Retirada De Corpo Estranho Subcutaneo	6
Remoção De Cerúmen De Conduto Auditivo Externo Uni / Bilater	14

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: 300.000,00	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	-	Maio	-
Junho	300.000,00	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.

Itauçu, 01 de Junho de 2023

João Paulo de Sa Fagundes
Secretário Municipal de Saúde
Itauçu-GO
Decreto nº 278/2022

JOAO PAULO DE SA FAGUNDES
Secretário e Gestor do Fundo de Saúde de Itauçu/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.

MEDICAMENTOS DE JUSTIÇA ITAUCU. EMENDA NO VALOR DE R\$300.000,00

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
FÓRMULA COM DENSIDADE ENERGÉTICA ALTA. FÓRMULA HIPERPROTÉICA. ALTO TEOR DE ÁCIDO FÓLICO, ÁCIDO PANTOTÊNICO, BIOTINA, CÁLCIO, COBRE, CROMO, FERRO, MANGANÊS, SELÊNIO E ZINCO. DENSIDADE CALÓRICA DE 1,28 KCAL/ML. 200ML (CUBITAN)	180	10,99	1978,2
FÓRMULA INFANTIL DE SEGUIMENTO PARA CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA. COM DHA E ARA, PREBIÓTICOS (GOS/FOS) E TAURINA. 800 G (IGUAL OU SEMELHANTE AO APTANUTRI PRPREMIUM 3)	500	34	17.000
FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES A PARTIR DO 10º MÊS E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA. COM PREBIÓTICOS, DHA, ARA, E NUCLEOTÍDEOS. NÃO CONTÉM GLÚTEN. 800 G (IGUAL OU SEMELHANTE A FÓRMULA INFANTIL NAN COMFOR 3)	500	34	17.000
- FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES A PARTIR DO 6º MÊS. CONTÉM PREBIÓTICOS, DHA, ARA E NUCLEOTÍDEOS. INDICADO PARA SUPRIR AS NECESSIDADES NUTRICIONAIS. NÃO CONTÉM GLÚTEN. CONTÉM LACTOSE. 800G (IGUAL OU SEMELHANTE A FÓRMULA INFANTIL NAN COMFOR 2)	500	34	17000
- FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES DE 0 A 6 MESES. CONTÉM PREBIÓTICOS, DHA, ARA E NUCLEOTÍDEOS. INDICADO PARA SUPRIR AS NECESSIDADES NUTRICIONAIS. NÃO CONTÉM GLÚTEN. 800G (IGUAL OU SEMELHANTE FÓRMULA INFANTIL NAN COMFOR 1)	500	35	17500
FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE. COM DHA E ARA, NUCLEOTÍDEOS. 400G (NAN SEM LACTOSE)	400	30	12000

- FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADAS A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS, COM PROTEÍNA LÁCTEA EXTENSAMENTE HIDROLISADA - COM PREBIÓTICOS (GOS/FOS), DHA E ARA, E NUCLEOTÍDEOS. (APTAMIL PEPTI PRO EXPERT). 800 G	250	94	23500
FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADAS A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM PROTEÍNA EXTENSAMENTE HIDROLISADA E COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE. COM DHA E ARA, E NUCLEOTÍDEOS. 400 G (PREGOMIN PEPTI)	250	98	24500
- FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES E DE SEGUIMENTO PARA LACTENTES E/ OU CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA DESTINADA A NECESSIDADES DIETOTERÁPICAS ESPECÍFICAS COM RESTRIÇÃO DE LACTOSE E À BASE DE AMINOÁCIDOS LIVRES. COM DHA E ARA. DE 0 A 3 ANOS. 400G (NEOCATE LCP)	300	147	44100
FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL 1,5 KCAL/ML. (ISOSOURCE) 1 LITRO	2.500	22,3	55750
FÓRMULA PADRÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL E ORAL EM PÓ À BASE DE PROTEÍNA ISOLADA DE SOJA, RICA EM ISOFLAVONAS. NORMOCALÓRICA NA DILUIÇÃO PADRÃO. HIPOSSÓDICA, ISENTA DE SACAROSE E LACTOSE. NÃO CONTÉM GLÚTEN. 800 G (NUTRISON SOYA EM PÓ).	80	67,8	5424
FÓRMULA NUTRICIONAL MODIFICADA PARA NUTRIÇÃO ENTERAL OU ORAL. SEM LACTOSE. SEM ADIÇÃO DE SACAROSE. NORMOCALÓRICO E HIPERPROTEICO. ALTO TEOR DE ÔMEGA 3. 200 ML (IMPACT)	200	16	3200
SUPLEMENTO ALIMENTAR NUTREN SENIOR 740 G. ZERO ADIÇÃO DE AÇÚCARES. SEM SABOR.	250	68,63	17157,5

FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES ATÉ OS 6 MESES DE VIDA COM PREBIÓTICOS (GOS/FOS), DHA E ARA, E NUCLEOTÍDEOS. 800 GRAMAS (APTAMIL 1)	100	54	5400
FÓRMULA INFANTIL PARA LACTENTES A PARTIR DE 6 MESES DE COM PREBIÓTICOS (GOS/FOS), DHA E ARA, E NUCLEOTÍDEOS. 800 GRAMAS (APTAMIL 2)	100	54	5400
TIRA PARA GLICOSE ACCU-CHECK ACTIVE C/50	1000	26	26000
TIRA P/ GLICEMIA ON CALL PLUS C/50	800	20,78	16624
TIRA PARA GLICOSE G-TECH FREE LITE C/50	1000	21,65	21650
		TOTAL	331183,7