



Ofício nº 043/2023 - CONVÊNIOS

Maurilândia, 17 de agosto de 2023.

A

SES – Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
Rua SC 1, nº 299, Parque Santa Cruz
CEP: 74.860-270 – Goiânia – GO

A/C.: SÉRGIO ALBERTO CUNHA VÊNCIO
Secretário de Estado da Saúde

Assunto: Solicita substituição de Plano de Trabalho de Convênio.

Processo nº: 202300010003041

Emenda nº: 1808/2022

Senhor Secretário,

O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAURILÂNDIA, inscrito no CNPJ sob nº 11.483.837/0001-55, vem **solicitar** a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás **a substituição do Plano de Trabalho do Processo nº 202300010003041**, tendo em vista que houve alteração do objeto do referido Plano de Trabalho.

Na oportunidade, encaminhamos novo Plano de Trabalho e novos orçamentos e solicitamos a sua substituição a fim de manter esta documentação como a correta no processo.

Na certeza da atenção que dispensará ao assunto, sirvo-me do ensejo para renovar-lhe nossos protestos de elevada estima e apreço.

Respeitosamente,


Renata Augusta Chaves
Secretária Municipal de Saúde
Decreto nº 01/2021

Renata Augusta Chaves
Secretária Municipal de Saúde
Decreto 01/2021

CNPJ 02.056.752/0001-08

Rua Sebastião Alves de Faria, Qd. 52 - Bairro Lorena

Fone/Fax: 64 **3647-7100** | **3647-7101**

Cep 75930-000 - Maurilândia - GO



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Plano de Fortalecimento da Atenção Especializada Regionalizada do Estado de Goiás

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: 202300010003041
Endereço: Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Maurilândia	CNPJ do FMS: 11.483.837/0001-55
Gestor: Renata Augusta Chaves	CPF: 856.197.521-00
Endereço: Rua Izabel de Melo Peta s/n, Qd. 33, Lt. 11, Bairro Setor Centro, CEP: 75.970-000, Turvelândia – GO	
Dados bancários: Banco: 001 (Banco do Brasil) AG: 3743-5 CC: 28402-5	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Hospital Municipal Milton Amaro do Nascimento	CNES: 2535742
Endereço: Avenida Amazonas, nº 01, Bairro Centro, CEP: 75.930-000	
Cidade: Maurilândia - Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Pública
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial (X) Internação () UTI () SADT () Hospital dia ☐ Outros:	

Assinatura:
Maurice

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Período: 12 meses	Início: 01/09/2023	Término: 01/09/2024
Identificação do objeto: Aquisição de combustível para o abastecimento de veículos do Fundo Municipal de Saúde do município de Maurilândia – GO.		
Justificativa: Localizado no Sudoeste Goiano, o município de Maurilândia fica a 248 Km de distância de Goiânia, principal acesso da atenção especializada e de outros serviços de maior complexidade. No entanto, a Gestão tem cada vez mais se preocupado com a melhoria do acesso e resolutividade dos serviços de saúde. Torna-se imprescindível a ação que propomos neste pleito a fim de buscarmos financiamento junto a SES e através de emenda parlamentar para o custeio dos serviços de saúde deste município. Essa ação contribuirá de sobremaneira no atendimento mais resolutivo e humanizado, pois para a melhoria do serviço de saúde faz-se necessário formatar parcerias entre as esferas de governo, e neste plano de trabalho propomos a proximidade e a união entre município e estado no enfrentamento das demandas de saúde. Os recursos pleiteados serão utilizados para a aquisição de combustível para o abastecimento de veículos do Fundo Municipal de Saúde. Os recursos serão utilizados durante toda a vigência do plano de trabalho de acordo com a necessidade da unidade assistida e para o bom desempenho das atividades diárias e um melhor atendimento à população usuária do SUS. Desta forma, esses recursos somarão com os recursos municipais que serão direcionados ao fortalecimento do SUS, melhorando os serviços prestados e garantindo aos usuários atendimento de excelência.  Maurice		

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO PROPONENTE

LEITOS			
1 – Internação hospitalar parâmetros: taxa de ocupação: 90%			
Descrição Clínica Geral	Quantidade	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada	100%		
Meta – 100% da capacidade	100%		
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Prontuários Abertos	1.031		
Pacientes Atendidos	1.031		
Consultas Médicas	1.031		
Cirurgias Realizadas	15		
Internações	25		
Punção para Mielogramas	0		
Farmacêuticos Contratados	01		
Enfermeiros Contratados	03		
Técnico de Enfermagem Contratados	10		

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 360.000,00	Valor Mensal: R\$ 360.000,00
------------------------------	------------------------------

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	-	Junho	-
Julho	-	Julho	-
Agosto	R\$ 360.000,00	Agosto	-
Setembro	-	Setembro	-
Outubro	-	Outubro	-
Novembro	-	Novembro	-
Dezembro	-	Dezembro	-

Handwritten signature: Maurice

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 recebidos da concedente a unidade assistida em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde.

8.2 – Do Fundo De Saúde

- I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
- II – Realizar os repasses dos recursos recebidos da Concedente à Proponente em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde;

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 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 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.

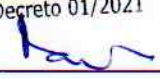
Maurilândia em 17/08/2023


MARLUCE DA SILVA
Coordenadora Administrativa
Decreto 01/2021

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.

Maurilândia em 17/08/2023

Renata Augusta Chaves
Secretária Municipal de Saúde
Decreto 01/2021


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.



G3362613290751121
26/04/2023 13:38:54

Cliente - Conta atual

Agência 3743-5
Conta corrente 28402-5CUSTEIO 2
Período do extrato Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
20/03/2023		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C

Saldo							0,00C
Juros *						0,00	
Data de Debito de Juros						28/04/2023	
IOF *						0,00	
Data de Debito de IOF						02/05/2023	

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JD415289 RAFAEL FERREIRA BARBOSA.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PREFEITURA DE
MAURILÂNDIA
ADM 2017/2020

Governo Solidário.

PLANILHA DE CUSTOS

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	VALOR	QTDE	VALOR TOTAL
1	Gasolina Comum	R\$ 5,79	22.690	R\$ 131.375,10
2	Etanol	R\$ 3,99	14.335	R\$ 57.196,65
3	Diesel S-10	R\$ 4,99	36.610	R\$ 182.683,90
VALOR TOTAL				R\$ 371.255,65



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Governo Solidário.

RELAÇÃO DE VEÍCULOS

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	MARCA	PLACA	TIPO COMBUSTÍVEL
1	SPRINTER (AMBULANCIA)	MERCEDES BENZ	QTQ5J03	DIESEL S 10
2	CG 125 TITAN	HONDA	KER3724	GASOLINA
3	RENAUT MASTER FURGÃO	RENAULT	PRX 1207	DIESEL S 10
4	MONTANA (AMBULANCIA)	CHEVROLET	PRQ9133	GASOLINA/ETANOL
5	DUCATO	FIAT	PRX3842	DIESEL S 10
6	DUCATO	FIAT	PRO6025	DIESEL S 10
7	SAVEIRO (AMBULÂNCIA)	VW	RDF8D17	GASOLINA/ETANOL
8	SPRINTER	MERCEDES BENZ	RCD9C43	DIESEL S 10
9	FIAT PALIO ELX	FIAT	BAS7340	GASOLINA
10	FIAT STRADA (AMBULÂNCIA)	FIAT	SCQ9J73	GASOLINA/ETANOL
11	FIAT TORO ENDUR AT9 4X4	FIAT	RPC6E74	DIESEL S 10
12	PEUGEOT PART REVES (AMBULÂNCIA)	PEUGEOT	RPG0J69	GASOLINA/ETANOL
13	VW GOL	VOLKSWAGEM	SCF9C27	GASOLINA/ETANOL
14	FORD TRANSIT	FORD	SCQ3I44	DIESEL S 10
15	FORD TRANSIT	FORD	SCQ5I65	DIESEL S 10