



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: Sergio Vêncio	Processo: 202300010003042
Endereço: Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IACIARA	CNPJ do FMS: 11.336.696/0001-48
Gestor: Eidiane da Silva Soares	CPF: 014.409.531.98
Endereço: Rua Satirio Ferreira dos Santos	
Dados bancários: Agência 4782-1 Conta corrente Banco do Brasil 6453- X	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL DE IACIARA	CNES: 2534940
Endereço: AVENIDA PEDRO ALEXANDRE DE OLIVEIRA	
Cidade: Iaciara - Goiás	Esfera Administrativa: Municipal Natureza: Pública
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial (x) Internação () UTI (x) SADT () Hospital dia ☐ Outros:	

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Período: 02 ANO	Início: Junho de 2023	Término: Junho de 2025
Identificação do objeto: CUSTEIO PARA ATENDER AS DEMANDAS NECESSÁRIAS DO MUNICÍPIO NA ÁREA DE SAÚDE		
Justificativa:		
O Município de Iaciara situa-se na Região do Nordeste Goiano a 469 km de Goiânia e 267 km de Brasília. A estrutura de Saúde do município é de 01 Hospital de pequeno porte e 03 Postos de Saúde sendo os dois na zona urbana com 03 equipes de Estratégia Saúde da Família, para proporcionar um atendimento hospitalar, clínico e laboratorial de qualidade para os munícipes. Para melhor atender à população em relação aos atendimentos de média e alta complexidade, que não são realizados nas Unidades Básicas de Saúde do município, os pacientes são encaminhados para esse hospital. É extremamente necessário realizar todas as adequações necessárias para garantir um atendimento de qualidade para a população, especialmente para aqueles que são conveniados pelo Sistema Único de Saúde, já que eles representam a grande maioria dos pacientes atendidos diariamente neste hospital. Durante a pandemia, o hospital tem enfrentado uma grande crise, o que torna necessário manter o atendimento na unidade 24 horas por dia, incluindo atendimento de urgência e emergência durante a noite e nos fins de semana. Infelizmente, devido à escassez de recursos, o Fundo Municipal de Saúde tem enfrentado dificuldades para financiar esses serviços. Por essa razão, gostaríamos de solicitar uma emenda parlamentar impositiva para ajudar a financiar o custeio do hospital para aquisição de material hospital, medicamentos e combustível . Com essa ajuda, será possível melhorar significativamente o atendimento à população e reduzir o sofrimento dos usuários, proporcionando respostas mais rápidas às suas necessidades de saúde.		

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

LEITOS			
1 – Internação hospitalar parâmetros: taxa de ocupação: 90%			
Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica,	Quantidade	Leitos/dia	Meta

Pediatria Clínica			
Capacidade instalada -	16		
Meta - 100% da capacidade			
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Prontuários Abertos	100		
Pacientes Atendidos	500		
Consultas Médicas	1.250		
Cirurgias Realizadas	0		
Internações	58		
Punção para Mielogramas	0		
Farmacêuticos Contratados	01		
Enfermeiros Contratados	05		
Técnico de Enfermagem Contratados	11		

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: 350.000,00	Valor Mensal:
--------------------------	---------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2023		ANO: 2025	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro	-	Janeiro	
Fevereiro	-	Fevereiro	
Março	-	Março	
Abril	-	Abril	
Maio	-	Maio	
Junho		Junho	-
Julho		Julho	-
Agosto		Agosto	
Setembro		Setembro	-
Outubro		Outubro	-
Novembro		Novembro	-
Dezembro	350.000,00	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 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

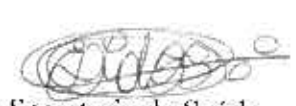
Na qualidade de representante legal da Unidade Assistida, declaro, para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos ou Entidades da Administração Pública Estadual, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Fundo Estadual de Saúde - FES, na forma deste Plano de Trabalho.


Diretor da Unidade assistida

Iaciara Goiás em 03/11/2023

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.


Secretaria de Saúde

Iaciara Go em 03/11/2023

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.



RELAÇÃO DOS VEICULOS

VEICULO	PLACA	COMBUSTIV EL	LOCAL	
Fiorino ambulância	NLQ 1828	Gasolina /Alcool	Hospital	FMS
Saveiro ambulância	PQO 6934	Gasolina /Alcool	Hospital	FMS
Saveiro ambulância	NLF 7288	Gasolina /Alcool	Hospital	FMS
Saveiro Soberana ambulância	PRP 4593	Gasolina /Alcool	Hospital	FMS
Saveiro Soberana ambulância	PRP 4623	Gasolina /Alcool	Hospital	FMS
VAN	ONV 0596	Diesel	Hospital	FMS
VAN	PQI 5676	Diesel	Hospital	FMS
Renaut UTI MOVEL	PRM 4657	Diesel	Hospital	FMS
Siena	ONJ 0764	Gasolina /Alcool	PSF	FMS
Siena Atractive	PRR 2492	Gasolina /Alcool	Secretaria Saúde	FMS
VAN	PRZ 5193	Diesel	Secretaria Saúde	FMS
Moto Broz	NFG 1996	Gasolina	Endemias	FMS
Moto XLR	KEV 3379	Gasolina	Endemias	FMS
Caminhonete L200	NLI 1732	Diesel	Endemias	FMS
Caminhonete L200 Triton	PQZ 3639	Diesel	Endemias	FMS
Fiat Toro	PQQ 4298	Diesel	PSF 03	FMS
Ambulância Kangoo (COVIDE)	NFJ 0632	Gasolina	PSF	FMS
Fiat UNO	ODA 1595	Gasolina	Secretaria	FMS
Moto YBR	SDJ-1i15	Gasolina	ATENÇÃO BASICA	FMS
Moto YBR	SDJ-1H25	Gasolina	ATENÇÃO BASICA	FMS
Moto YBR	SDJ-1i45	Gasolina	ATENÇÃO BASICA	FMS
Moto YBR	SDJ-1i95	Gasolina	ATENÇÃO BASICA	FMS



**PLANILHA COMBUSTIVEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Item	Quantidade lts	VALOR lt (RS)	Valor TOTAL
Gasolina Lt	10.000	R\$ 6,00	60.000,00
Etanol Lt	5.000	R\$ 4,00	20.000,00
Diesel S10 Lt	3.000	R\$ 7,00	21.000,00
			101.00,00

PREFEITURA MUNICIPAL DE IACIARA

Praça cirilo sabath o, , Centro,

CEP: 73920 -000

Fone: (062) 34731215

Quadro Geral Orçamentário

Item	Discriminação	Valor R\$	Total
1	MEDICAMENTO	200.000,00	200.000,00
2	MATERIAL HOSPITALAR	50.000,00	50.000,00
3	COMBUSTIVEL	100.000,00	100.000,00
			350.000,00