



PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: SERGIO VÊNCIO	Processo: 202300010003056
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CACHOEIRA DOURADA	CNPJ do FMS: 07.445.626/0001-50
Gestor: BELAIR SOUSA ROCHA	CPF: 457.188.141-04
Endereço: Av. Belo Horizonte SN QD 51 lote 02 Setor Sudoeste – Cachoeira Dourada GO	
Dados bancários: Banco: 104 Agência: 0015 Conta-Corrente: 71.101-3	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ XAVIER DE CASTRO	CNES: 2535181
Endereço: Rua Eduardo Soares Ferreira qd 27 lote 01 sn, Setor Nordeste	
Cidade: CACHOEIRA DOURADA	Esfera Administrativa: Pública Natureza: MUNICIPAL
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial (X) Internação () UTI (X) SADT (X) Hospital dia ☐ Outros:	

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Identificação do objeto: REFORMA DO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACHOEIRA DOURADA GO
Justificativa: O Município de CACHOEIRA DOURADA tem uma boa estrutura da atenção contando com 04 PSFs e 01 hospital, quando se trata REFORMA do Hospital, o

vem atender as necessidade para o bom atendimento aos munícipes bem como proporcionar uma melhor qualidade de atendimento aos mesmos e segurança e qualidade aos servidores em seu trabalho, tal procedimentos impactam na satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso.

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%

ATENDIMENTO

Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	915
Atendimento ambulatorial – consultas	263
Procedimentos cirúrgicos	15
SADT – radiologia	90
SADT – análises clínicas	00
SADT – Eletrocardiografia	48
SADT – Ultrassonografia	60
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	00
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	290
Psicologia (profissionais contratados)	38
Serviço Social (profissionais contratados)	25

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 500.000,00	Valor mensal:
---------------------------------	---------------



7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2023		ANO: 2024	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro -		Janeiro -	
Fevereiro -		Fevereiro -	
Março -	500.000,00	Março -	
Abril -		Abril -	
Maio -		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.

Cachoeira Dourada GO, 15 de março de 2023

Assinatura: _____



BELAIR SOUSA ROCHA
GESTOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAUDE

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.