



SECRETARIA DE
SAÚDE
BONFINÓPOLIS

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: 202300010003147
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BONFINÓPOLIS	CNPJ do FMS: 11.213.822/0001-77
Gestor: Diego Duarte de Castro	CPF: 013.509.501-81
Endereço: Avenida hum esquina com a Rua 5 – Centro – Bonfinópolis- Goiás. CEP: 75195-000	
Dados bancários: Banco do Brasil Agência: 86-8 Conta corrente: 21.688-7	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Unidade Mista de Atendimento Dr. Manoel da Silva Garrote	CNES: 2334402
Endereço: Rua Bambuí, Qd. APM I, II e III, Setor Walter Paulo.	
Cidade: Bonfinópolis - Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza:
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial () Internação () UTI () SADT () Hospital dia (X) - Outros:	

Unidade: PSF III Dr. Manoel da Silva Garrote	CNES: 7015089
Endereço: Rua Bambuí, Qd. QCB, Lt. 15, Setor Walter Paulo.	
Cidade: Bonfinópolis - Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza:
Serviços ofertados: () Ambulatorial () Internação () UTI () SADT () Hospital dia (X) – Outros: Transporte de Equipes – Unidade Básica de Saúde – Atenção Domiciliar	



4 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Plano de Fortalecimento	Período de execução: 01 ano	
	Início: 25/04/2023	Término: 25/04/2024
Identificação do objeto: CUSTEIO PARA MANUTENÇÃO NA SAÚDE MUNICIPAL		
Justificativa: A referida emenda irá contribuir para a continuidade dos atendimentos médicos da equipe da atenção básica com a custeio de medicamentos e pagamento de despesas com o combustível para veículos da atenção básica. Com o apoio da referida emenda, será possível dar continuidade com excelência nos atendimentos da unidade de saúde.		
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%			
Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	Quantidade: 00	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade			

ATENDIMENTO	
Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	1.500
Atendimento ambulatorial – consultas	1.200
Procedimentos cirúrgicos	20
SADT – radiologia	00
SADT – análises clínicas	-
SADT – Eletrocardiografia	100
SADT – Ultrassonografia	-
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	00
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	00
Psicologia (profissionais contratados)	00
Serviço Social (profissionais contratados)	00

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 400.000,00	Valor mensal: R\$ 400.000,00
------------------------------	------------------------------

M



7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2023			ANO: 2023		
Mês		Valor em R\$	Mês		Valor em R\$
Janeiro	-		Janeiro	-	
Fevereiro	-		Fevereiro	-	
Março	-		Março	-	
Abril	-	R\$ 400.000,00	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;

27



- 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 do 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.

Assinatura: _____

Nome do Gestor

Bonfinópolis em 25/ abril / 2023.

Diego Duarte de Castro
Secretário Municipal de Saúde
Dec. 002/2020



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.