



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: Rasivel dos Reis Santos Júnior	Processo: 202400010004930
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Bom Jardim de Goiás	CNPJ do FMS: 11.283.491/0001-41
Gestor: Raimundo Neves dos Santos	CPF: 503.000.245-68
Endereço: Rua Goiania, sn, setor Primavera	
Dados bancários: Banco: Caixa Econômica Federal Agência: 4782 Operação: 006 Conta Corrente: 71263-1	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Hospital Municipal Santa Clara	CNES: 2535238
Endereço: Rua Goiania, sn, setor Primavera	
Cidade: Bom Jardim de Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Sem Fins Lucrativos
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial (X) Internação () UTI (X) SADT () Hospital dia (X) Outros: Cirurgias	

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do Projeto Custeio para a Secretaria Municipal de Saúde	Período de Execução: 12 meses	
	Início: 12/2024	Termino: 11/2025
Identificação do objeto: Custeio para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Bom Jardim de Goiás-GO		

Justificativa:

O Município de Bom Jardim de Goiás tem uma boa estrutura da Atenção Básica, contando com 03 PSFs, 02 Equipes de Saúde Bucal e 01 Equipe do NASF, mas fica a desejar, quando se trata de atendimentos especializados, quando necessitam realizar os procedimentos de Média e Alta Complexidade, sendo que estes procedimentos em sua maioria, são pactuados com municípios vizinhos, causando com isso a insatisfação dos usuários e em consequência disto o acolhimento e a humanização no atendimento ficam a desejar.

No Hospital Municipal Santa Clara, houve aumento nos esforços para viabilizar a manutenção da Unidade, mas, devido às dificuldades oriundas da crise financeira pela qual este Município tem passado, dificulta o atendimento adequado e eficaz à totalidade de nossos pacientes.

Diante do exposto, solicita recursos financeiros para custeio do Hospital Municipal visando um auxílio a fim de atender a demanda de nossa população, com isso tais recursos serão destinados para manutenção dos serviços, será aplicado para custeio, propiciando as condições adequadas de infraestrutura e de recursos materiais destinados à assistência em saúde, manutenção da Unidade, viabilizando a qualidade no atendimento e no uso correto na gestão dos recursos.

Informações para análise à luz da Portaria nº 1.126/2017 – GAB/SES – GO e Memorando Nº 18/2017 SEI – GERCAS - 03094:

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEITOS			
Internação hospitalar			
Parâmetros: taxa de ocupação: 90%			
Descrição	Quantidade	Leitos/dia	Meta
Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	25	18	25
Capacidade instalada	25	18	25
Meta – 100% da capacidade	25	18	25
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Atendimento de urgência/emergência	35		
Atendimento ambulatorial – consultas	1.513		
Procedimentos cirúrgicos	39		
SADT – radiologia	01		
SADT – análises clínicas	1.612		
SADT – Eletrocardiografia	30		
SADT – Ultrassonografia	90		
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	01		
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	01		

Psicologia (profissionais contratados)	01
Serviço Social (profissionais contratados)	01

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 200.000,00	Valor mensal: R\$ 200.000,00
------------------------------	------------------------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2024		ANO: 2025	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro -	0,00	Janeiro -	0,00
Fevereiro -	0,00	Fevereiro -	0,00
Março -	0,00	Março -	0,00
Abril -	0,00	Abril -	0,00
Maio -	0,00	Maio -	0,00
Junho -	0,00	Junho -	0,00
Julho -	0,00	Julho -	0,00
Agosto -	0,00	Agosto -	0,00
Setembro -	0,00	Setembro -	0,00
Outubro -	0,00	Outubro -	0,00
Novembro -	0,00	Novembro -	0,00
Dezembro -	R\$: 200.000,00	Dezembro -	0,00

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 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; Despesas com publicidade;
- f. 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;
- g. 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

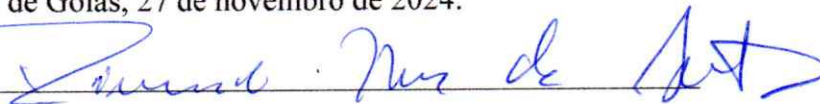
A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade fundo a fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais 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.

Bom Jardim de Goiás, 27 de novembro de 2024.

Assinatura:



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.