



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: 202400010005087
Endereço: Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE COCALZINHO DE GOIÁS	CNPJ do FMS: 11.337.362/0001-99
Gestor: GILMAR JOSÉ DE MENESES	CPF: 905.806.31-00
Endereço: Avenida 03 de Julho, esq rua 07, S/N, Centro	
Dados bancários: Caixa Econômica Federal Agência: 4869 OP: 006 Conta-Corrente: 71098-4	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL JAIR PAIVA		CNES: 2361868
Endereço: AV SAO PAULO ESQ C 03 DE JULHO, S/N, AREA ESPECIAL		
Cidade: Cocalzinho de Goiás - GO	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Municipal	
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial (X) Internação () UTI () SADT (X) Hospital ☐ Outros: Sede da Secretaria de Saúde		

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: CUSTEIO PARA CAPACITAÇÃO HOSPITAL	Período de execução: dezembro de 2024 a novembro de 2025	
	Início: 01/12/2024	Término: 31/11/2025
Identificação do objeto: CUSTEIO		

Justificativa:

O município de Cocalzinho de Goiás tem uma boa estrutura na Atenção Básica, contando com 06 (seis) Unidades Básicas de Saúde, sendo 07 (sete) Equipes de Estratégia Saúde da Família com 40h, 01 (uma) EAP, 05 (cinco) Equipes de Saúde Bucal, 01 (uma) Equipe Multidisciplinar, 01 (um) Melhor em Casa contemplado com 01 (uma) EMAD e 01 (uma) EMAP, 01 CAPS, 01 Unidade Móvel Odontológica, 01 Base Descentralizada do SAMU 192, bem como, uma boa estrutura Hospitalar com capacidade de 23 leitos e equipe médica dedicada, que buscam desempenhar papéis cruciais no atendimento à saúde da comunidade. No entanto, é insuficiente quando se trata da capacitação dos profissionais do Hospital Municipal.

No entanto, identificamos a necessidade urgente de investir na capacitação continuada dos profissionais do hospital. A capacitação é fundamental para garantir que a assistência hospitalar prestada à população de Cocalzinho de Goiás seja sempre de alta qualidade, segura e eficaz.

Ao investir na capacitação, promoveremos:

- **Atualização constante:** Nossos profissionais terão acesso às mais recentes evidências científicas e às melhores práticas em saúde, garantindo que os tratamentos sejam realizados de acordo com os mais altos padrões.
- **Redução de erros:** A capacitação contribui para a diminuição de erros médicos, como a administração de medicamentos incorretos ou a realização de procedimentos inadequados, garantindo a segurança dos pacientes.
- **Humanização do atendimento:** Profissionais capacitados estão mais preparados para oferecer um atendimento humanizado e acolhedor, fortalecendo o vínculo com os pacientes.
- **Melhoria da qualidade de vida:** A capacitação contribui para a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz, melhorando a qualidade de vida da população.
- **Fortalecimento do SUS:** A capacitação dos profissionais alinha-se aos princípios do SUS, garantindo o acesso universal e equânime a serviços de saúde de qualidade.

A execução da emenda supracitada será crucial para que possamos oferecer à população de Cocalzinho de Goiás um serviço de saúde cada vez mais eficiente e humanizado. Solicitamos, portanto, a liberação dos recursos para a realização das ações de capacitação, demonstrando nosso compromisso com a melhoria contínua da assistência à 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, Pediatria Clínica	Quantidade	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada -	23	-	23
Meta – 100% da capacidade	23	23	23

ATENDIMENTO	
Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	595
Atendimento ambulatorial – consultas	566
Procedimentos cirúrgicos	-
SADT – radiologia	00
SADT – análises clínicas	00
SADT – Eletrocardiografia	281
SADT – Ultrassonografia	-
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	-
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	-
Psicologia (profissionais contratados)	-
Serviço Social (profissionais contratados)	-

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 150.000,00	Valor Mensal:
-------------------------------------	---------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2024		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	R\$ 150.000,00	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.

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

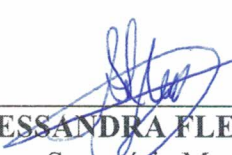
A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade fundo a fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais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

Cocalzinho de Goiás em 12 abril de 2024.

Alessandra Fleury Lobo Clemente
Secretária Municipal de Saúde
Cocalzinho de Goiás

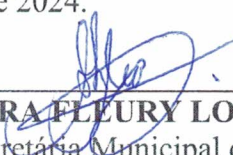

ALESSANDRA FLEURY LOBO CLEMENTE
Secretária Municipal de Saúde

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.

Cocalzinho de Goiás em 12 abril de 2024.

Alessandra Fleury Lobo Clemente
Secretária Municipal de Saúde
Cocalzinho de Goiás


ALESSANDRA FLEURY LOBO CLEMENTE
Secretária Municipal de Saúde

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.