

**PLANO DE TRABALHO****1 – CONCEDENTE**

|                                                          |                                      |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Órgão: <b>Secretaria de Estado da Saúde de Goiás</b>     | CNPJ: 02.529.964/0001-57             |
| Gestor: Rasível dos Reis Santos Júnior                   | Processo SES: <b>202400010005497</b> |
| Endereço: Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                                      |

**3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA**

|                                                                                                                                     |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Unidade: <b>Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo</b>                                                                              | CNES: <b>2517957</b>                                            |
| Endereço: Rua Ana Luíza de Jesus, nº 91, Setor Rio Formoso                                                                          |                                                                 |
| Cidade: Goiânia - Goiás                                                                                                             | Esfera Administrativa: Privada<br>Natureza: Sem Fins Lucrativos |
| Serviços ofertados:<br>(X) Ambulatorial (X) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( X ) Hospital dia ( ) Outros:                              |                                                                 |
| <b>Dados para Contato (nome e telefone):</b><br>Lisete Maria kliemann Gomes.<br>Fone: 3236-1269/1270 (62) 99826-8258 (62) 998254783 |                                                                 |

**3.1 - DADOS BANCÁRIOS (Conta específica para movimentação do recurso)**

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| BANCO:    | <b>SICOOB - 0756</b> |
| AGÊNCIA:  | <b>5004-0</b>        |
| CONTA:    | <b>1068364-0</b>     |
| OPERAÇÃO: | <b>001</b>           |

**4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO**

|                                                                                              |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tempo de Execução: <b>12 meses.</b>                                                          | <b>Início:</b> A partir da publicação da portaria estadual de homologação no Diário Oficial do Estado de Goiás |
| Identificação do objeto:<br><br><b>CUSTEIO – Materiais de Manutenção e Reformas em Geral</b> |                                                                                                                |

Justificativa:

O Hospital Espírita Eurípedes Barsanulfo– Casa de Eurípedes é um Hospital Psiquiátrico de Excelência no atendimento em Saúde Mental. Fundado em Goiânia-GO no ano de 1973, de natureza jurídica filantrópica e Princípios Filosóficos & Científicos Cristão. É uma instituição de saúde, educacional e cultural, sem fins lucrativos, reconhecida de Utilidade Pública nas três esferas, Possui Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS.

No campo da saúde, a Casa de Eurípedes, há 47 anos, presta serviços médicos em psiquiatria na recuperação e prevenção de pessoas portadoras de transtornos mentais e abuso de substâncias – álcool e outras drogas, utilizando um programa terapêutico humanizado e eficiente, onde 80% dos atendimentos são usuário do SUS.

Com o objetivo de reduzir os custos com os materiais de manutenção e reformas hospitalares, materiais esses utilizados para fins diretos aos beneficiários do sistema único de saúde (SUS) para que os mesmos possuem um ambiente adequado de acordo com as normas sanitárias e bem como de boa qualidade estrutural para o desenvolvimento das atividades propostas durante o seu tratamento nesta unidade. Tendo em vista que nosso atendimento é 80% SUS, assim necessitamos do recurso de custeio ora indicado através da indicação de emenda Parlamentar Estadual Individual **IMPOSITIVA Nº 60**, recursos que irão nos auxiliar para que possamos manter a instituição em funcionamento e oferecendo um atendimento digno e mais humanizado a todos os usuários do SUS que buscam atendimento nesta unidade.

Justifica-se a presente aquisição com o objetivo suprir as necessidades de material de consumo (manutenção em geral) conforme planilha de custos em (anexo), que é essencial à instituição para manutenção dos serviços pontuais realizados no dia a dia em toda unidade. Assim sendo, a motivação para aquisição destes materiais tem como por finalidade de atender às necessidades das diversas áreas que compõem a instituição. Pois, os materiais são utilizados nas atividades cotidianas do hospital espírita Eurípedes Barsanulfo, na falta desses materiais poderá prejudicar as atividades que são desenvolvidas considerando que o presente objeto aqui solicitado é essencial para a continuidade dos trabalhos permitindo aos usuários do SUS que frequente essa unidade desfrutar do ambiente, do espaço e fazer suas atividades de forma a atingir os objetivos durante seu tratamento.

“A instituição se mantém através de doações voluntárias da comunidade, eventos e parcerias com órgãos públicos e privados, para que os serviços não sejam prejudicados ou até paralisados.”

## 5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA.

| <b>LEITOS</b>                                                  |                           |            |      |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------|------------|------|
| 1 – Internação hospitalar<br>Parâmetros: Taxa de Ocupação: 90% |                           |            |      |
| Descrição do tipo de atendimento                               | Quantidade de atendimento | Leitos/dia | Meta |
| Leitos especializados internação hospitalar psiquiatria        | 3.335                     | 249        | 100% |
| Hospital dia                                                   | 650                       | 80         | 100% |
| Serviços ambulatoriais em psiquiatria – consultas eletivas     | 1.788                     | 940        | 100% |
| Serviços ambulatoriais em psiquiatria - consultas emergência   | 1.899                     | 149        | 100% |
| Capacidade instalada -                                         | 90%                       | 90%        | 100% |
| Meta – 100% da capacidade                                      | 100%                      | 100%       | 100% |
| <b>ATENDIMENTO.</b>                                            |                           |            |      |
| Descrição                                                      | Quantidade realizada/mês  |            |      |
| Prontuários Abertos                                            | 333                       |            |      |
| Pacientes Atendidos                                            | 1.273                     |            |      |
| Consultas Médicas                                              | 1.273                     |            |      |
| Internações.                                                   | 150                       |            |      |
| Psicólogos contratados                                         | 7                         |            |      |
| Farmacêuticos Contratados                                      | 4                         |            |      |
| Assistente social Contratados                                  | 4                         |            |      |
| Enfermeiros Contratados                                        | 7                         |            |      |
| Auxiliar / Técnico de Enfermagem Contratados                   | 53                        |            |      |

## 6 – VALOR DO PROJETO

|               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| Repasse Único | <b>R\$ 100.000,00 (CEM MIL REAIS)</b> |
|---------------|---------------------------------------|

## 7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

|                      |                                                                                                                |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Parcela única</b> | Após a Assinatura do termo de compromisso de repasse com a Secretaria Estadual de Saúde e com repasse efetuado |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 8 – OBRIGAÇÕES

### 8.1 – DA CONCEDENTE

- I – Realizar o repasse dos recursos, conforme cronograma de desembolso;
- II – Suspender os repasses em caso de não prestação de contas.

### 8.2 – DO PROPONENTE

- 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 PROPONENTE

Na qualidade de representante legal do **Hospital Espirita Eurípedes Barsanulfo – “Casa de Eurípedes”**, 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.

Goiânia-GO 22 de março de 2024.

**JEZIEL DA SILVA  
RAMOS:28913833  
115**

Assinado de forma digital por  
JEZIEL DA SILVA  
RAMOS:28913833115  
Dados: 2024.07.19 17:52:23  
-03'00'

**JEZIEL DA SILVA RAMOS  
DIRETOR PRESIDENTE**

## 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.



Documento assinado eletronicamente por **JEZIEL DA SILVA RAMOS, Usuário Externo**, em 05/11/2024, às 15:52, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 11/12/2024, às 10:29, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://sei.go.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **66629669** e o código CRC **D3904EAD**.



Referência: Processo nº 202400010005497



SEI 66629669