

**PLANO DE TRABALHO**

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: Rasível Dos Reis Santos Júnior	Processo: 2024 0001 0005 517
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas – FUNDAH		CNES: 2659727
Endereço: Av, 1ª Avenida, N° 545 - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, 74605-020		
Cidade:	Esfera Administrativa: Pública	Natureza:
Serviços ofertados: () Ambulatorial () Internação () UTI () SADT () Hospital dia ☒ – laboratorial - Outros:		

3 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Epidemiologia, Diagnóstico e confirmação laboratorial da toxoplasmose gestacional e congênita.	Período de execução: 2024-2025	
	Início: outubro de 2024	Término: setembro de 2025
Identificação do objeto: Esse projeto tem como objetivo geral o estudo epidemiológico laboratorial de gestantes e recém-nascidos e confirmação laboratorial dos pacientes sob suspeita de toxoplasmose gestacional e congênita encaminhadas ao laboratório Profa. Margarida D Komma – CNES 2659727 /IPTSP/UFG.		
Como objetivos específicos: -Analisar o perfil epidemiológico de gestantes e recém-nascidos sob suspeita de toxoplasmose gestacional e congênita encaminhados para um laboratório de referência. -Realizar exames parasitológicos - PCR e diagnóstico imunológico, Elisa, IFI (IgM, IgG-Avidez) para confirmação do diagnóstico precoce da toxoplasmose gestacional e congênita.		
Justificativa: Ampliar e agilizar a assistência a população que se encontra com muita dificuldade de diagnóstico laboratorial da toxoplasmose gestacional e congênita, zoonose de caráter de saúde pública, em um momento tão especial como a gestação, confirmar o diagnóstico aos re		

nascidos, triados pelo teste do pezinho que necessitam de diagnóstico precoce.

Espera-se com este projeto oferecer exames laboratoriais de excelência a gestantes e recém-nascidos sob suspeita de toxoplasmose gestacional e congênita. Auxiliando assim no diagnóstico desta infecção, e na condução clínica, melhorando o prognóstico deste importante e grave agravo à saúde pública.

Também se espera que fortaleça os registros da literatura acerca da importância da educação em saúde na prevenção primária de doenças infectocontagiosas e preveníveis, assim como o impacto dessas infecções na saúde pública.

4 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

-Ampliar a oferta de atendimentos de 10/mês para 20/mês, sendo que para cada paciente oferecidos/realizados de 3 a 5 exames específicos dependendo do histórico clínico do paciente.

-Espera realizar cerca de 1000 exames anuais, com atendimento de 200 a 300 pacientes sem ônus financeiro

-Apoiar os Hospitais de referência e às UBSs-Unidades de Saúde do município de Goiânia na complexa confirmação da toxoplasmose gestacional e congênita.

-Realizar suporte ao diagnóstico de grupos essenciais específicos de acordo com as indicações de identificação do fluxo da infecção entre a população, alinhado às orientações epidemiológicas de autoridades e órgãos de saúde municipal, estadual, nacional e internacional.

Exemplo: LEITOS – Não se aplica			
1 – Internação hospitalar			
Parâmetros: taxa de ocupação: 90%			
Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	Quantidade 15	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada -			
Meta – 100% da capacidade			
ATENDIMENTO			
Espera-se realizar cerca de 1000 exames anuais, com atendimento de 200 a 250 pacientes, sem ônus financeiro, apoiando assim os Hospitais de referência do SUS e às UBSs-Unidades de Saúde do município de Goiânia, na complexa confirmação da toxoplasmose gestacional e congênita		Quantidade realizada/mês 15 a 20 pacientes/mês	Valor/se for c

5 – VALOR DO PROJETO

Valor global: 30.0000,00	Valor mensal: liberação única – valor total 30.000,00
--------------------------	---

6 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2024		ANO: 2025...	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro		Janeiro	
Fevereiro		Fevereiro	
Março		Março	
Abril		Abril	
Maiο		Maiο	
Junho		Junho	
Julho		Julho	
Agosto		Agosto	
Setembro		Setembro	
Outubro	30.000,00	Outubro	
Novembro		Novembro	
Dezembro		Dezembro	

META MENSAL:

S EQ	DESCRIÇÃO DA META	FORMA_DE_MENSURAÇÃO (Quantificável/mensurável)			FONTE (m aferição/com o do cumprin das metas)
		Nº Anter ior à meta	Número a ser alcançado/met a	Forma de cálculo	
1	Gestantes sob suspeita de Toxoplasmose gestacional	5	15/20		Hospitais de referência e às Unidades de Saúde do município de Cuiabá
2	Recém-nascidos sob suspeita de toxoplasmose congênita	5	15/20		Hospitais de referência e às Unidades de Saúde do município de Cuiabá

6. 1-CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

(descrever as ações e marcar com "X" os meses de execução)

MÊS

AÇÕES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Recebimento do recurso	X	X									
Consolidação Projeto		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Comitê de ética	X										
Relatório Técnico Parcial						X					
Relatório Técnico Final											
Produtos (artigos científicos)											

6.3-ANEXO (SOMENTE PARA OBJETO: CUSTEIO)

PLANILHA DE CUSTEIO – RELAÇÃO DE ITENS QUE SERÃO CUSTEADOS

SEQUÊNCIA	DESCRIÇÃO ITEM	UNIDADE	QTDE	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	Reagentes químicos, Meios de cultura, antibióticos, plásticos descartáveis, tubos, ponteiros, seringa, frascos de criopreservação, tubos de centrifuga.	10	30	R\$ 100,00	R\$ 3.000,00
2	KITs para sorologia Elisa IgM e IgG – preço individual do Kit - Obs. O número de testes nos kits para exames não significa o total de exames já que há	9-IgN 9-IgG	18	R\$ 1.200,00	R\$ 21.600,00

	recomendações técnicas de repetições, contraprovas e grupos controles de testes a serem considerados.				
3	Reagentes de uso corrente para biologia molecular utilizados nas reações de PCR	5	5	R\$ 120,00	R\$ 3.000,
4	Material de proteção individual -luvas	Caixa com 50 unidades	20	R\$ 37,00	R\$ 66
5	Material de escritório, como cartucho de tinta para impressora, papel chamex	Cartuchos de tinta impressora HP	4 5	R\$ 250,00	R\$ 1.000,
6	Material de escritório	Resmas de papel e pastas			R\$ 74
TOTAL					30.0

7 – OBRIGAÇÕES

7.1 – Da concedente

I – Realizar o repasse dos recursos, conforme cronograma de desembolso;

II – Suspender os repasses em caso de não prestação de contas.

7.2 – 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 (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, gratificação consultorias, assessorias técnicas ou de qualquer espécie de remuneração adicional a serviço 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;
- 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.

8 – DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses por meio de Portaria em modalidade fundo a fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e 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 será 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 apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

09 – DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Na qualidade de representante legal da Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas de Goiás para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, para os efeitos e sanções da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos ou Entidade da Administração Pública Estadual, que impeçam a transferência de recursos oriundos das dotações consignadas no Orçamento do Fundo Estadual de Saúde – FES, na forma deste Plano de Trabalho.

_____ em ____/____/____.

Assinatura: _____
LUCILENE MARIA DE SOUSA:79254683191
Assinado de forma digital por LUCILENE MARIA DE SOUSA:79254683191
Data: 2024.09.10 17:27:21 -03'00'
Prof. Lucilene Maria de Sousa
Diretora Executiva - FUNDAH

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.

GOIANIA, aos 18 dias do mês de novembro de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Lucilene Maria de Sousa, Usuário Externo**, em 05/12/2024, às 15:12, 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 10/12/2024, às 11:42, 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 informando o código verificador **67444605** e o código CRC **33DFC7AC**.

COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS
NAO CADASTRADO, NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - GOIANIA - GO - CEP 74000-000 - .



Referência: Processo nº 202400010005517



SEI 67444605