



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: Rasível dos Reis Santos Júnior	Processo: 202400010005528
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Bonópolis - GO	CNPJ do FMS: 11.280.020/0001-80
Gestor: Taisa Faria Araujo	CPF: 040.406.561-99
Endereço: Rua Tiradentes, Setor Central Cep: 76.555-000	
Dados bancários: Banco do Brasil Agência: 513-4 Conta corrente: 44055-8	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: CENTRAL DE GESTÃO EM SAÚDE	CNES: 6520723
Endereço: AV TIRADENTES S/N QD 05 LT 08 A 16 – CENTRO CEP: 76555-000	
Cidade: BONÓPOLIS - GO	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Municipal
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial () Internação () UTI () SADT () Hospital dia ☐ Outros:	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Programa de Fortalecimento	Período de execução: 12 meses	
	Início: 03/2024	Término: 03/2025
Identificação do objeto: Aquisição de Ambulância para o município de Bonópolis - GO		
Justificativa: O Município de Bonópolis – GO tem uma população estimada de 4.579 habitantes, tem uma boa estrutura da atenção básica, mas fica a desejar, quando se trata de atendimentos especializados, quando necessitam realizar os procedimentos de Média Complexidade, sendo que estes procedimentos em sua maioria, são pactuados com municípios vizinhos, sendo necessários fazer o deslocamento dos pacientes, e isso vem causando a insatisfação dos usuários, devido à demora já que nem em todos os momentos tem ambulâncias disponíveis, e em consequência disto o acolhimento e a humanização no atendimento ficam a desejar. Sendo assim, solicitamos a aquisição desta Ambulância tipo A, e com isso irá melhorar a qualidade e ampliar o impacto da atenção na Média Complexidade sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso.		

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 15	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade			
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Atendimento de urgência/emergência	180		
Atendimento ambulatorial – consultas	1.180		
Procedimentos cirúrgicos	-		
SADT – radiologia	50		
SADT – análises clínicas	200		
SADT – Eletrocardiografia	60		
SADT – Ultrassonografia	95		

Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	-
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	87
Psicologia (profissionais contratados)	37
Serviço Social (profissionais contratados)	01

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	R\$ 150.000,00	Março	
Abril		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;
- 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, 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 Final, 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.

Bonópolis,

Assinatura: TAISA FARIA
ARAUJO:04040656199

Assinado de forma digital por TAISA FARIA
ARAUJO:04040656199
Dados: 2024.03.15 16:02:46 -03'00'

Taia Faria Araujo
Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Bonópolis – GO

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.