



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: 202400010005538
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Divinópolis de Goiás	CNPJ do FMS: 11.726.671/0001-50
Gestor: LIDIANE DE OLIVEIRA MARTINS	CPF: 923.258.581-20
Endereço: Praça São João Batista s/nº - Centro - Divinópolis de Goiás/GO	
Dados bancários: Banco: Banco do Brasil Agência: 4130-0 Conta-corrente: 11.663-7	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL MÃE ROBERTA	CNES: 2571218
Endereço: Rua Duque de Caxias s/nº - Centro - Divinópolis de Goiás/GO	
Cidade: Divinópolis de Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Pública
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial (x) Internação () UTI () SADT (x) Hospital dia ☐ Outros:	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Investimento	Período de execução: 12 meses	
	Início: 03/2024	Término: 03/2025
Identificação do objeto: Aquisição de equipamentos para a lavadeira hospitalar.		
Justificativa: O Município de Divinópolis de Goiás tem uma boa cobertura de atenção básica, contando com 03 PSFs, dois deles em zona urbana e um em um Distrito que atende população quilombola, e também vários assentamentos em zona rural, e uma academias da saúde com vários atendimentos, inclusive de fisioterapia. E um Hospital Municipal com 22 leitos, sala cirúrgica e sala de estabilização. A lavadeira que funciona dentro do hospital municipal precisa de um investimento para melhor funcionamento dentro dos padrões de vigilância sanitária. A aquisição destes vão facilitar o funcionamento adequado do mesmo. Diante do exposto, venho por meio deste, pleitear a liberação de R\$ 93.000,00 para a aquisição dos equipamentos irá melhorar a qualidade e ampliar o impacto da atenção hospitalar no município.		

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEITOS				
Descrição	Atual		Meta	
	Quantidade (mês)	Diárias (mês)	Quantidade (mês)	Diárias (mês)
Clinica Geral	06	40		
Pediatria Clinica	03	06		
Obstetrícia Pós Cirúrgica	02	40		
Enfermaria Pré-Parto	02	40		
Enfermaria Pós-Parto	02	40		
Covid Isolamento	02	15		
METAS DE ATENDIMENTO				
Descrição				Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência				10
Atendimento ambulatorial (consultas)				90
Procedimentos cirúrgicos				20
SADT – radiologia				90
SADT – análises clínicas				30
SADT – Eletrocardiografia				00
SADT – Gesso				05

Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	00
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	00
Psicologia (profissionais contratados)	00
Serviço Social (profissionais contratados)	00

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 93.000,00	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	R\$ 93.000,00	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.

_____ em ____/____/____.



Assinatura: _____

LIDIANE DE OLIVEIRA MARTINS

Decreto Nº 25/2021

Secretaria Municipal de Saúde

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.