



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: 202400010012657
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CABECEIRAS	CNPJ do FMS: 08.351.513/0001-59
Gestor: Regina Justo da Silva	CPF: 048.788.206-75
Endereço: Av. Vicente de Paula Sousa, s/nº - Centro	
Dados bancários: Banco: Banco do Brasil Agência: 0377-8 Conta-corrente: 77.180-5	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CABECEIRAS	CNES: 6470823
Endereço: Av. Presidente Juscelino, s/n – Parque São João	
Cidade: Cabeceiras	Esfera Administrativa: Pública Natureza: MUNICIPAL
Serviços ofertados: () Ambulatorial (X) Internação () UTI () SADT () Hospital dia ☒ Outros: Gestão do SUS e Regulação	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Custeio	Período de execução: 12 meses	
	Início: 11/2024	Término: 10/2025
Identificação do objeto: CUSTEIO SAÚDE PÚBLICA		
Justificativa: Os recursos do presente Plano de Trabalho serão utilizados para aquisição de combustível e oxigênio para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cabeceiras/GO, sendo itens essenciais para o custeio da saúde pública no município. Esses recursos, provenientes do custeio do Estado, serão utilizados para atender as necessidades das unidades de saúde do município, além do abastecimento de ambulâncias e veículos de transporte sanitário. O recebimento desse recurso contribuirá sobremaneira para o financiamento da saúde no município, permitindo que os recursos próprios possam ser direcionados para o fortalecimento da Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Atenção Especializada.		

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEITOS			
1 – Internação hospitalar			
parâmetros: taxa de ocupação: 90%			
Descrição	Quantidade	Leitos/dia	Meta
Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	12	360	120
Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade	12	360	120
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Atendimento de urgência/emergência	1.500		
Atendimento ambulatorial – consultas	200		
Procedimentos cirúrgicos	20		
SADT – radiologia	200		
SADT – análises clínicas	1.500		
SADT – Eletrocardiografia	50		
SADT – Ultrassonografia	30		
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	0		
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	01		
Psicologia (profissionais contratados)	01		
Serviço Social (profissionais contratados)	01		

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 400.000,00	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	400.000,00	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, 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 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.

Cabeceiras/GO, em 29 / 11 / 2024.

Assinatura: _____


Cleide Alencar dos Santos
Secretária Municipal de Saúde e
Gestora do Fundo Municipal do Saúde
Portaria nº 656/2024-EP
Secretária 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.