



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: 202400010012803
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Santa Cruz de Goiás - GO	CNPJ do FMS: 11.549.446/0001-96
Gestor: Juliana Kelly dos Santos Souza	CPF: 853.481041-91
Endereço: Rua Zaina Abdala Nº 05- Centro- 75.220-000- Santa Cruz de Goiás	
Dados bancários: Banco do Brasil Agência: 0463-4 Conta corrente: 42.767-5	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Hospital Municipal Maria Abadia Lobo SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	CNES: 2438119 6756670
Endereço: Rua Farrad Abadala- S/N- Centro- CEP: 75.220-000 RUA ZAINA ABDALA S/N – CENTRO CEP: 75.220-000	
Cidade: Santa Cruz de Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Municipal
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial (x) Internação () UTI () SADT () Hospital dia ☐ Outros:	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Programa de Fortalecimento	Período de execução: 12 meses	
	Início: 05/2024	Término: 05/2024
Identificação do objeto: Investimento na Área da Saúde do Município de Santa Cruz de Goiás - GO		
Justificativa: Santa Cruz de Goiás é um município brasileiro localizado na região sudeste do Estado de Goiás, com população de 3.002 mil habitantes (IBGE/2022), tem um Distrito denominado Santo Antônio da esperança e uma vasta extensão territorial considerada uma das maiores da Região da Estrada de Ferro. No serviço de Saúde o município possui um Hospital Geral-Hospital Maria Abadia Lobo que oferece serviços de urgência e emergência e uma Unidade Básica de Saúde que oferece diversos serviços médicos ambulatoriais e de odontologia. No Distrito de Santo Antônio da Esperança há uma Unidade Básica de Saúde que oferece serviços médicos e odontológicos. Mesmo diante de diversas ofertas de serviços em saúde, há algumas especialidades que necessitam serem encaminhadas para outros municípios através de Pactuações Estaduais e Regionais. Dessa forma, há a necessidade da aquisição de um transporte com sete lugares para atender a demanda dos pacientes portadores de Insuficiência Renal, o que irá gerar economia para o município e poderá atender outras demandas da Secretaria de Saúde. Nessa narrativa, justifica-se a necessidade de um transporte com sete lugares para prestar atendimento aos pacientes que dependem dos serviços de hemodiálise em outro município. A aquisição de ares-condicionados e equipamentos também contribuirá para a modernização das instalações do hospital, demonstrando nosso compromisso com a melhoria contínua dos serviços de saúde oferecidos à população de Estrela do Norte. Além disso, esses investimentos podem aumentar a satisfação dos pacientes e a confiança da comunidade no hospital e em seus serviços. Sendo assim a compra de ares-condicionados e equipamentos para o Hospital Municipal de Estrela do Norte é não apenas justificada, mas também essencial para promover o conforto dos pacientes, melhorar as condições de trabalho dos funcionários e modernizar nossas instalações, resultando em um atendimento de saúde mais eficaz e humanizado para nossa comunidade.		

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	300
Atendimento ambulatorial – consultas	1.000
Procedimentos cirúrgicos	20
SADT – radiologia	100
SADT – análises clínicas	-
SADT – Eletrocardiografia	50
SADT – Ultrassonografia	-
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	01
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	01
Psicologia (profissionais contratados)	01
Serviço Social (profissionais contratados)	01

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 200.000,00	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\$ 200.000,00	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.

Santa Cruz de Goiás.

Assinatura: _____


JULIANA KELLY DOS S. SOUZA

SECRETARIA DE SAUDE

GESTORA FMS

DECRETO 159/2023

Juliana Kelly dos Santos Souza

Gestora Municipal do Fundo 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.