

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: 202400010013735
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVO BRASIL – GO	CNPJ do FMS: 11.260.263/0001-56
Gestor: WALISSON RANGEL ALVES MOREIRA	CPF: 010.723.331-20
Endereço: PRAÇA DEGIR MIRANDA TELES, SN, CENTRO, CEP 76.285-000.	
Dados bancários: Banco: 104 Agência: 1240 - 8 Conta-corrente: 71.338-1	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDAS

Unidade: Hospital SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVO BRASIL – GO.	CNES: 6515207
Endereço: RUA PROFESSOR PEDRO LUDOVICO TEIXEIRA, CEP: 76.285-000, NOVO BRASIL GO.	
Cidade: NOVO BRASIL GO.	Esfera Administrativa: PÚBLICA Natureza: SAÚDE
Serviços ofertados: () Ambulatorial () Internação () UTI (X) SADT () Hospital dia (X) Outros:	

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: CUSTEIO	Período de execução:	
	Início: MAIO/2024	Término: ABRIL/2025

Identificação do objeto: CUSTEIO PRA SAÚDE
Justificativa: O Município de NOVO BRASIL GO. Tem uma boa estrutura da Atenção Básica e Hospitalar contando com 01 Hospital Municipal, 02 PSFs, mas fica a desejar, quando se trata de atendimentos especializados de Oftalmologia, quando necessitam realizar os procedimentos de Média Complexidade, sendo que estes procedimentos em sua maioria, são pactuados com municípios vizinhos, causando com isso a insatisfação dos usuários e em consequência disto o acolhimento e a humanização no atendimento ficam a desejar. Com a ajuda de Custeio para cirurgias Oftalmológicas para o município de Novo Brasil, nosso atendimento pode melhorar na acessibilidade dos serviços para os usuários do SUS, em espera para realização destes procedimentos, melhorando a qualidade e ampliação do 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 PELA UNIDADE ASSISTIDA

LEITOS			
1 – Internação hospitalar parâmetros: taxa de ocupação: 90%			
Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	Quantidade 50	Leitos/dia 14	Meta
Capacidade instalada -			
Meta – 100% da capacidade			
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Prontuários Abertos	12		
Pacientes Atendidos	280		
Consultas Médicas	179		
Cirurgias Realizadas	01		
Internações	15		
Punção para Mielogramas	0		
Farmacêuticos - Efetivo	2		
Enfermeiros - Efetivos	5		
Técnico de Enfermagem - Efetivos	14		
Fisioterapeuta - Efetivos	2		

Nutricionista - Efetivo	1
Psicólogo - Efetivo	1

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 100.000,00	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	100.000,00	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 – Suspende 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.

Novo Brasil-GO em 04/06/2024

WALISSON RANGEL ALVES MOREIRA
Secretária Municipal de Saúde de Novo Brasil 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.