



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: 202400010013959
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MOSSAMEDES/GO	CNPJ do FMS: 10.714.800/0001-28
Gestor: Leila Maria Caetano de Almeida Adorno	CPF: 402.409.751-20
Endereço: Avenida Joao Ferreira da Cunha Ms 308 Setor Central CEP: 76150-000	
Dados bancários: Caixa Econômica Federal Agência: 1238 Operação: 006 Conta: 71.340-2	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL DONA SINHA MOSSAMEDES	CNES: 2381958
Endereço: AV JOAO FERREIRA DA CUNHA CENTRO CEP: 76150-000	
Unidade: POSTO DE SAUDE MIRANDOPOLIS DE MOSSAMEDES	CNES: 7210213
Endereço: RUA 01 QD03 MIRANDOPOLIS 2 ETAPA CEP: 76150-000	
Unidade: UBS DIORAN BORGES DE MOSSAMEDES	CNES: 2381931
Endereço: RUA MOISES LUIS DE CARVALHO ESQ SEBASTIAO F ADORNO CENTRO CEP: 76150-000	
Unidade: UBS JOAO JESUS DE SA MOSSAMEDES	CNES: 2569868
Endereço: MARGENS DA RODOVIA 164 CENTRO CEP: 76150-000	
Cidade: Mossâmedes/GO	Esfera Administrativa: Publica Natureza: Municipal
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial (X) Internação () UTI (x) SADT () Hospital dia ☐ Outros:	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Custeio	Período de execução: 1 (um) Ano	
	Início: Março/2024	Término: Março/2025
Identificação do objeto: Custeio Para Atenção Especializada.		
Justificativa: O Município de Mossâmedes/GO apresenta estrutura Hospitalar composta pela atenção básica e especializada e outras Unidades de Saúde. O crescimento vertiginoso das cidades, com a formação de imensos aglomerados urbanos suscita um melhor atendimento na área de tráfego urbano frente às novas necessidades humanas. O Município dispõe de um Sistema de Saúde que cobre todos os níveis de Atenção Básica, que desempenha atividades de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, mantendo serviços prestados tanto na Zona Rural quanto na Zona Urbana. E na Média Complexidade de 1º, 2º e 3º nível de referência nas Unidades ou Serviços que desempenham ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos. Sabemos que para o funcionamento de qualquer Unidade é necessário recurso financeiro para custear as despesas e no caso do Hospital Municipal de Mossâmedes não seria diferente. Devido à alta demanda e a necessidade de garantir o bom funcionamento da Atenção Especializada, o Hospital Municipal de Mossâmedes necessita de um incremento para garantir a permanência dos serviços prestado a toda população de Mossâmedes/GO, portanto faz-se necessário um complemento quanto ao Custeio oferecendo melhores condições de trabalho e ambientes adequados para assistência à saúde. Visamos promover melhorias quanto ao atendimento e garantir um ambiente melhor em quesito segurança/recepção aos pacientes e funcionários.		

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 Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade	Quantidade	Leitos/Dia	Meta
	10	16	16

ATENDIMENTO	
Descrição	Quantidade Realizada/Mês
Atividade Educativa / Orientação Em Grupo Na Atenção Primária	2

Glicemia Capilar	244
Consulta Medica Em Atenção Especializada	629
Atendimento De Urgência Em Atenção Primaria Com Observação	66
Administração De Medicamentos Na Atenção Especializada.	1.329
Aferição De Pressão Arterial	748
Cateterismo Vesical De Alivio	8
Cateterismo Vesical De Demora	8
Lavagem Gástrica	7
Retirada De Pontos De Cirurgias (Por Paciente)	49
Sondagem Gástrica	3
Terapia De Reidratação Oral	77
Remoção Manual De Fecaloma	4
Drenagem De Abscesso	6
Excisão E/Ou Sutura Simples De Pequenas Lesões Ferimentos	60
Exérese De Tumor De Pele E Anexos / Cisto Seba' Eo / Lipoma	6
Retirada De Corpo Estranho Subcutaneo	6
Remoção De Cerúmen De Conduto Auditivo Externc Uni / Bilater	14

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: 350.000,00	Valor mensal:
--------------------------	---------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2024		ANO: 2025	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro	-	Janeiro	-
Fevereiro	-	Fevereiro	-
Março	350.000,00	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, 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.

Mossâmedes/GO, 13 de Março de 2024.

LEILA MARIA CAETANO DE ALMEIDA ADORNO
Secretária Municipal de Saúde de Mossâmedes/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.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MOSSÂMEDES**ENDEREÇO: Av. João Ferreira da Cunha, nº 631, Centro - Mossâmedes - GO CEP: 76.150-000****TELEFONE: (64) 9 9279-3806****E-MAIL: finsaude.mds@gmail.com****QUADRO GERAL ORÇAMENTO**

Item	Discriminação	Total
1	MEDICAMENTOS	R\$ 200.000,00
2	COMBUSTIVEL	R\$ 100.000,00
3	EXAMES DE ALTO CUSTO	R\$ 25.000,00
4	CATARATA E PTERIGIO	R\$ 25.000,00
		R\$ 350.000,00