PLANO DE TRABALHO – EMEDA PARLAMENTAR Nº 1696/2024

1 – CONCEDENTE

Órgão: **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás**	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: Rasível dos Reis Santos Júnior	Processo: 202400010042198
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Águas Lindas de Goiás.	CNPJ do FMS: 07.460294/0001-83
Gestor: Evandro da Silva Soares	CPF: 416.252.501-34
Endereço: Quadra 58 Lt. 05, Cidade Jardim, Águas Lindas de Goiás.	
Dados bancários: Banco: Caixa Econômica Federal Agência: 3052 Operação: 006 Conta-corrente: 71.088-2	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Secretaria Municipal de Saúde de Águas Lindas de Goiás	CNES: 6485049
Endereço: Quadra 109 Conj. B. Lt. 30/32 Setor 10 Águas Lindas de Goiás	
Cidade: Águas Lindas de Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza:
Serviços ofertados: (x) Exames Ambulatoriais e de imagens ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia ☐ Outros:	

WPL

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Custeio.	Período de execução: 12 meses.	
	Início: 11/2024	Término: 11/2025
Identificação do objeto: Custeio.		
Justificativa: A atuação da Secretaria Municipal de Saúde no desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde da população em geral, residente e que utiliza o serviço público de saúde de Águas Lindas de Goiás/Goiás, necessita de complementação, não possuindo estrutura própria suficiente ao atendimento das crescentes necessidades da população municipal. O credenciamento surge então como solução jurídica e administrativa para tal problema, sendo que a contratação de Laboratórios de Análises Clínicas para atender à demanda de exames deste ente municipal é, na realidade, o próprio cumprimento do preceito constitucional de garantia à saúde que deve ser perseguido por todos os entes federados.		

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Redução do tempo de espera nos atendimentos de urgência e emergência: busca-se reduzir o tempo que os pacientes aguardam por atendimento médico nessas situações, garantindo um acesso mais rápido e eficiente aos cuidados de saúde necessários e aos exames laboratoriais com maior rapidez.

2. Ampliação da capacidade de atendimento: objetiva-se aumentar a capacidade de atendimento do serviço, visando diminuir a sobrecarga e garantir uma assistência adequada a todos os pacientes que necessitam de atendimentos de média e alta complexidade, garantindo os exames necessários para os usuários.

3. Redução de reinternações: busca-se reduzir a taxa de reinternações dos pacientes, garantindo uma assistência adequada, ofertando exames de imagem e laboratoriais a fim de evitar problemas de saúde se agravem após a alta hospitalar.

É importante ressaltar que as metas podem variar de acordo com as especificidades de cada instituição de saúde e devem ser estabelecidas em conjunto com as equipes envolvidas, considerando sempre as necessidades e demandas da população atendida.

ATENDIMENTO

Discriminação/Procedimento	Quantidade	Valor Unitário	Total
TC ABDOME SUPERIOR	100	R$250,00	25.000,00
TC DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO,COXA, PERNA, PÉ)	100	R$250,00	25.000,00
TC TÓRAX (ARCOS COSTAIS)	100	R$250,00	25.000,00

TC ARTICULACAO MEMBRO SUPERIOR - COM CONTRASTE	50	R$300,00	15.000,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA	100	R$250,00	25.000,00
TC COLUNA LOMBO SACRA (ATE 3 SEGMENTOS)	100	R$250,00	25.000,00
TC COLUNA LOMBO SACRA COM CONTRASTE (ATE 3 SEGMENTOS)	34	R$300,00	10.000,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL	100	R$250,00	25.000,00
TC ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (JOELHO, QUADRIL, SACRO COCCIX, SACRO ILÍACA)	100	R$250,00	25.000,00
TC DE CRANIO	100	R$200,00	20.000,00
	TOTAL – 220.000,00		

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: 220.000,00 a ser em uma única cota no mês de NOVEMBRO de 2024.
Em Anexo 1 segue planilha detalhada de custos com quantidade e valor total.

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		Junho	
Julho		Julho	
Agosto		Agosto	
Setembro		Setembro	
Outubro		Outubro	
Novembro	**220.000,00**	Novembro	
Dezembro		Dezembro	

8 – CRONOGRAMA DE ATUAÇÃO DO PROJETO.

Ocorrera o pagamento do valor total em uma parcela única no valor de **220.000,00.**

9 – OBRIGAÇÕES

9.1 – Da concedente

I – Realizar o repasse dos recursos, na modalidade fundo a fundo, conforme cronograma de desembolso;
II – Reembolso de repasse em caso de não prestação de contas dos procedimentos cirúrgicos, com multa de 10% do valor total ofertado.

9.2 – 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 à 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.
i- Não utilizar esse recurso em hipótese alguma para qualquer finalidade que não seja especifico para o procedimento cirúrgico.

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.

10 – 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 e 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, e aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

11 – 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.

Águas Lindas de Goiás em 24/10/24.

Assinatura: _____

Nome do Gestor

Eduardo dos Santos Soares
Secretário Municipal de Saúde
Águas Lindas - GO
10/2024

12 – 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.