



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: 202400010084426
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Fundo Municipal de Saúde de Bom Jardim	CNPJ do FMS: 11.283.491/0001-41
Gestor: Jorge de Lima Alves	CPF: 021.361.971-77
Endereço: Sítio Estância Nossa Senhora Aparecida, Q. 33, L. 33, N. 33, - Assentamento Pequena Wanessa CEP: 76245000 Bom Jardim de Goiás-GO / BRASIL	
Dados bancários: Banco: CAIXA ECONOMICA FEDERAL Agência: 4782 OP:006 Conta-corrente: 00071265-8	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Hospital HOSPITAL MUNICIPAL SANTA CLARA BOM JARDIM DE GOIAS		CNES: 2535238
Endereço: Rua Goiânia – Centro – S/N		
Cidade: Bom Jardim de Goiás	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Sem fins lucrativos	
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial (X) Internação () UTI () SADT () Hospital dia (X)Outros: Cirurgias de urgência e emergência e eletivas.		

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Aquisição de medicamentos e insumos para o Hospital Municipal Santa Clara Bom Jardim de Goiás	Período de execução:	
	Início: 01/04/2025	Término: 31/03/2026
Identificação do objeto: Custeio para aquisição de medicamentos e insumos para o Hospital Municipal Santa Clara Bom Jardim de Goiás		
Justificativa: O Município de Bom Jardim de Goiás. tem uma boa estrutura da atenção básica, contando com 03 PSFs e 02 Equipes de Saúde Bucal, mas fica a desejar, quando se trata de atendimentos especializados, 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 que necessitam deslocar de suas residências, como também por vezes o acolhimento e a humanização no atendimento ficam a desejar. No Hospital Municipal Sana Clara há uma busca para melhoria nos serviços ofertados, como também uma busca por aumento de serviços e na qualidade e conforto do paciente quando em uso no estabelecimento. Diante do exposto, solicitamos esse custeio para aquisição de medicamentos para abastecimento das unidades básicas de saúde, visando a melhoria, agilidade e qualidade no atendimento prestado a população, melhorando e ampliando assim o impacto da atenção na média complexidade sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos usuários.		

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 23	Leitos/dia 16	Meta 23
Capacidade instalada -	23	16	23
Meta – 100% da capacidade	23	16	23

ATENDIMENTO

Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	35
Atendimento ambulatorial – consultas	1.513
Procedimentos cirúrgicos	39
SADT – radiologia	0

SADT – análises clínicas	1.612
SADT – Eletrocardiografia	30
SADT – Ultrassonografia	90
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	0
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	0
Psicologia (profissionais contratados)	01
Serviço Social (profissionais contratados)	01

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 280.000,00	Valor mensal:
------------------------------	---------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2024		ANO: 2025	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro	0,00	Janeiro	0,00
Fevereiro	0,00	Fevereiro	0,00
Março	0,00	Março	200.000,00
Abril	0,00	Abril	0,00
Maio	0,00	Maio	0,00
Junho	0,00	Junho	0,00
Julho	0,00	Julho	0,00
Agosto	0,00	Agosto	80.000,00
Setembro	0,00	Setembro	0,00
Outubro	0,00	Outubro	0,00
Novembro	0,00	Novembro	0,00
Dezembro	0,00	Dezembro	0,00

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 contracorrente 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.

Bom Jardim de Goiás em 10/março/2025.

Assinatura: _____


Jorge de Lima Alves

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.

Bom Jardim de Goiás em 06/fevereiro/2025.

Assinatura: _____


Jorge de Lima Alves