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: 202400010004416
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Chapadão do Céu - GO	CNPJ do FMS: 07.729.810/0001-22
Gestor: Fernanda de Souza Iembo Barbosa	CPF: 325.886.968-56
Endereço: AV Ema, QD 51, S/N, Centro, CEP: 75.828-000	
Dados bancários: Caixa Econômica Federal Agência: 4340 Conta corrente: 71.097-0	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: CENTRO DE ESPECIALIDADES DE CHAPADÃO DO CÉU	CNES: 4486110
Endereço: AVENIDA NETUNO SUL Nº 659 QD 16A LT 17 - CENTRO	
Cidade: CHAPADÃO DO CÉU	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Municipal
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial ( ) Internação （）UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia ☐ Outros:	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Programa de fortalecimento	Período de execução: 12 meses	
	Início: 07/2024	Término: 06/2024
Identificação do objeto: Custeio na Área da Saúde no município de Chapadão do Céu -GO		
Justificativa: O município de Chapadão do Céu possui uma população estimada de 12.870 mil habitantes, e conta com uma boa estrutura de atenção básica, porém como a maior parte da população depende do Sistema único de Saúde (SUS), a demanda de atendimentos é muito grande, e os gastos com Material hospitalar para atender essa demanda acaba ficando muito alto, deixando as vezes de suprir a necessidade dos pacientes que dependem desse sistema e o atendimento fica a desejar, causando com isso a insatisfação desses usuários, sendo assim, solicitamos esse custeio para aquisição de Material hospitalar para abastecimento da unidades 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, Clinica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clinica	Quantidade 15	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade			

ATENDIMENTO

Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	-
Atendimento ambulatorial – consultas	17.104
Procedimentos cirúrgicos	-
SADT – radiologia	-
SADT – análises clínicas	15.097
SADT – Eletrocardiografia	-
SADT – Ultrassonografia	-
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	-
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	-
Psicologia (profissionais contratados)	-

Serviço Social (profissionais contratados)	-

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R$ 50.000,00	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		Junho	
Julho	R$ 50.000,00	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.

Chapadão do Céu,

Assinatura: _____

Fernanda de Souza Iembo Barbosa
Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Chapadão do Céu – 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.

Scanned with CamScanner

GERENCIADOR CAIXA

Extrato por período

Cliente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Conta: 4340 | 006 | 00071097-0

Data: 09/07/2024 - 11:52

Mês: Julho/2024

Período: 1 - 9

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104

RELAÇÃO DE PLANILHA DE CUSTOS – PRODUTOS LABORATÓRIO

Item	Discriminação	Medida	Qtde	Unitário	Total
1	Creatinina	Kit	15	R$ 350,20	R$ 5.253,00
2	Escova p/ lavagem de tubos de ensaio	Un	5	R$ 6,37	R$ 31,85
3	Estante para 60 tubos	Un	10	R$ 41,30	R$ 413,00
4	Fosfatase alcalina cinética	Kit	12	R$ 387,60	R$ 4.651,20
5	Gama-Gt cinética	Kit	12	R$ 564,40	R$ 6.772,80
6	Pipeta Automática 10ul	Un	5	R$ 235,95	R$ 1.179,75
7	Pipeta Automática 20ul	Un	5	R$ 237,60	R$ 1.188,00
8	Pipeta Automática 25ul	Un	5	R$ 237,60	R$ 1.188,00
9	Pipeta automática p/ 100uL	Un	5	R$ 237,60	R$ 1.188,00
10	Proteínas Totais	Kit	10	R$ 484,50	R$ 4.845,00
11	Soro Anti-A	Vd	12	R$ 38,69	R$ 464,24
12	Soro Anti-B	Vd	12	R$ 38,69	R$ 464,24
13	Soro Anti-D	Vd	12	R$ 70,90	R$ 850,80
14	Soro Anti AB	Vd	12	R$ 38,69	R$ 464,24
15	Soro de Combs	Vd	6	R$ 94,05	R$ 564,30
16	Uréia	Kit	15	R$ 816,00	R$ 12.240,00
17	VDRL Estabilizado	Kit	20	R$ 99,36	R$ 1.987,20
		TOTAL		R$	43.745,62