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: 202400010005728
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de	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: 71096-1	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL SANTA LUZIA	CNES: 2438410
Endereço: AVENIDA ORION S/N QD 43 – CENTRO CEP: 75828-000	
Cidade: CHAPADÃO DO CÉU - GO	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Municipal
Serviços ofertados: ( ) Ambulatorial ( ) Internação （）UTI ( ) SADT (x) Hospital dia ☐ Outros:	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Programa Fortalecimento	Período de execução: 12 meses	
	Início: 04/2024	Término: 05/2025
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 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 insumos 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 insumos 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, Clinica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clinica 20	Quantidade 4	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade			

ATENDIMENTO	
Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	29.336
Atendimento ambulatorial – consultas	-
Procedimentos cirúrgicos	587
SADT – radiologia	8.042
SADT – análises clínicas	63.206
SADT – Eletrocardiografia	1.629
SADT – Ultrassonografia	4.655
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	01
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	01
Psicologia (profissionais contratados)	01

Serviço Social (profissionais contratados)	01

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R$ 300.000,00	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	R$ 300.000,00	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, 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 | 00071096-1

Data: 06/06/2024 - 13:48

Mês: Junho/2024

Período: 1 - 6

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

CHAPADÃO DO CÉU



RELAÇÃO DE INSUMOS

MUNICÍPIO:	Chapadão do Céu, Goiás
UNIDADE DE SAÚDE:	Hospital Municipal Santa Luzia
FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL:	Michele Lara Thesari

TELEFONE:	(64) 3634-1261
TELEFONE:	(64) 99994-1829

ITEM	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS	UNIDADE DE FORNECIMENTO	CMM ÚLTIMOS 6 MESES	QUANTITATIVO SOLICITADO	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL
1	**SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML**	FRASCO	1.500	15.000	R$ 3,66	R$ 54.900,00
2	**SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 ML**	FRASCO	500	3.500	R$ 3,70	R$ 12.950,00
3	**SORO RINGER COM LACTATO 500 ML**	FRASCO	200	2.000	R$ 6,30	R$ 12.600,00
4	**TIRA REAGENTE PARA MEDIR GLICEMIA CAPILAR**: Caixa contendo 50 tiras. **Marca pré-aprovada: Accu-chek Active – Roche.**	CAIXA	150	1.500	R$ 26,00	R$ 39.000,00
5	**CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO TIPO CALIBRE 22 G:** indicado na terapia intravenosa periférica, para infusões de média duração (permanência de até 48 horas na veia). De polipropileno. Agulha siliconizada com biselbi-angulado e trifacetado, cateter (cânula) em polímero FEP, siliconizada, conector Luer-Lok codificado por cores, câmara de refluxo cristalina e tampa da câmara de refluxo com ranhuras. Embalado individualmente	UNIDADE	650	5.000	R$ 0,48	R$ 2.400,00
6	**CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO TIPO CALIBRE 24 G:** Indicado na terapia intravenosa periférica, para infusões de média duração (permanência de até 48 horas na veia). De polipropileno. Agulha siliconizada com biselbi-angulado e trifacetado, cateter (cânula) em polímero FEP, siliconizada, conector Luer-Lok codificado por cores, câmara de refluxo cristalina e tampa da câmara de refluxo com ranhuras. Embalado individualmente.	UNIDADE	850	5.000	R$ 0,51	R$ 2.550,00
7	**PAPEL GRAU CIRÚRGICO 120 mm X 100M:** desenvolvido para ser utilizada como material de empacotamento para os materiais de uso médico-hospitalar não descartável durante o processo de esterilização. É destinada aos processos de esterilização à vapor e a gás de óxido de etileno e apresenta indicadores químicos impressos na embalagem, que garantem o resultado dos processos de esterilização e a condição de esterilidade até o momento do uso.	ROLO	5	30	R$ 50,38	R$ 1.511,40
8	**PAPEL GRAU CIRÚRGICO 150 mm X 100M:** desenvolvido para ser utilizada como material de empacotamento para os materiais de uso médico-hospitalar não descartável durante o processo de esterilização. É destinada aos processos de esterilização à vapor e a gás de óxido de etileno e apresenta indicadores químicos impressos na embalagem, que garantem o resultado dos processos de esterilização e a condição de esterilidade até o momento do uso.	ROLO	5	30	R$ 63,49	R$ 1.904,70
9	**COMPRESSA DE GAZE 13 FIOS - NÃO ESTÉRIL**: Indicadas para absorção de sangue e exsudatos, limpeza e cobertura de curativos em geral e anti-sepsia da pele e/ ou mucosas para procedimentos invasivos. São utilizadas também para confecção de gazes vaselinadas e furacinadas e de torundas (pipocas) para uso em curativos. As compressas de gaze hidrófila são confeccionadas em fios 100% algodão em tecido tipo tela, com oito camadas e cinco dobras, com dimensão de 7,5 x 7,5cm quando fechadas e 15 x 30cm quando abertas; são alvejadas, purificadas e isentas de impurezas, substâncias gordurosas, amido, corantes corretivos, alvejantes ópticos; são dobradas para dentro em toda a sua extensão para evitar o desfiamento; com 8 camadas e 5 dobras; 13 fios por cm². **PACOTE COM 500 UNIDADES CADA PACOTE.**	PACOTE	50	2.000	R$ 12,35	R$ 24.700,00
10	**ELETRODO DESCARTÁVEL COM GEL ADULTO**: Utilizado em monitorização de eletrocardiograma, com adesivo de aderência eficiente para aplicações de longa duração, capa plástica que mantém a umidade do gel. Pacote com 50 unidades.	PACOTE	50	1.000	R$ 9,63	R$ 9.630,00
11	**SERINGA DESCARTÁVEL 3 ML:** Seringas agulhadas.	UNIDADE	2500	20.000	R$ 0,15	R$ 3.000,00

12	**SERINGA DESCARTÁVEL 5 ML:** Seringas agulhadas.	UNIDADE	2000	20.000	R$ 0,18	R$ 3.600,00
13	**SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML:** Seringas agulhadas.	UNIDADE	2000	20.000	R$ 0,23	R$ 4.600,00
14	**ALCOOL 70%:** frasco 1000ml	FRASCO	100	720	R$ 4,56	R$ 3.283,20
15	**COLETOR DE MATERIAL PERFUROCORTANTES 20L:** Coletor de materiais infectantes, cortantes, perfurantes. Revestido de papelão que proporciona segurança total no descarte e transporte de materiais. Capacidade de armazenamento 20 Litros - COR AMARELA.	UNIDADE	30	500	R$ 5,52	R$ 2.760,00
OBSERVAÇÕES:					**VALOR TOTAL:**	**R$179.389,30**

CARIMBO E ASSINATURA DO FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL DE FORMA LEGÍVEL

Michele Thesari Lara
Farmacêutica Bioquímica
CRF-GO 5529

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Município:	CHAPADÃO DO CÉU, GOÍAS		
Unidade de saúde:	HOSPITAL MUNICIPAL SANTA LUZIA	Telefone:	(64) 3634-1261
Farmacêutico responsável:	MICHELE THESARI LARA	Telefone:	(64) 99994-1829

ITEM	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS	UNIDADE DE FORNECIMENTO	CMM ÚLTIMOS 6 MESES	QUANTITATIVO SOLICITADO	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL
		A Unidade de Fornecimento informada, deverá, obrigatoriamente, ser considerada para o preenchimento das colunas subsequentes (CMM ÚLTIMOS 6 MESES, QUANTITATIVO SOLICITADO, PREÇO UNITÁRIO)				
1	SOLUÇÃO DE CLORETO DE SODIO 0,9% BOLSA PLASTICA SISTEMA FECHADO 100ML	BOLSA	1250	15.000	R$ 6,46	R$ 96.900,00
2	SOLUÇÃO DE CLORETO DE SODIO 0,9% BOLSA PLASTICA SISTEMA FECHADO 250 ML	BOLSA	500	6.000	R$ 5,55	R$ 33.300,00
3	SOLUÇÃO GLICOFISIOLOGICA 50MG/ML + 9MG/ML BOLSA PLASTICA SISTEMA FECHADO 250ML	BOLSA	40	480	R$ 5,24	R$ 2.515,20
4	SOLUÇÃO RINGER COM LACTATO BOLSA PLASTICA SISTEMA FECHADO 500ML	BOLSA	200	2.400	R$ 7,27	R$ 17.448,00
5	TENOXICAM 40MG PÓ LIOFILIZADO + DILUENTE	FRASCO AMPOLA	180	2.160	R$ 15,56	R$ 33.609,60
6	CIPROFLOXACINO 2,0 MG/ML SOL INJ IV CX BOLS PLAS POLF TRANS SIST FECH X 100 ML	BOLSA	50	600	R$ 94,83	R$ 56.898,00
7	CEFALOTINA 1000 MG PO INJ CT 1 FA VD TRANS	FRASCO AMPOLA	100	1.200	R$ 5,59	R$ 6.708,00
8	IMUNOGLOBULINA ANTI RhO (D) 150 MCG/ML SOL INJ CT SER PREENC VD TRANS X 2,0 ML	SERINGA VIDRO	2	24	R$ 230,06	R$ 5.521,44
9	CETOPROFENO 100 MG PÓ LIOF P/ SOL INJ CX 25 FA VD TRANS	FRASCO AMPOLA	200	2.400	R$ 9,18	R$ 22.032,00
10	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO 875 MG + 125 MG COM REV CT BL AL/ AL X 20	COMPRIMIDOS	250	3.000	R$ 8,42	R$ 25.260,00
OBSERVAÇÕES:	Os preços informados tiveram como base a Tabela CMED PMVG ICMS 19% publicada em 20/06/2024, 08h37min.				VALOR TOTAL	**R$ 300.192,24**

CARIMBO E ASSINATURA DO FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL DE FORMA LEGÍVEL

Michele Thesari Lara
Farmacêutica Bioquímica
CRF-GO 9529