



PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: Ismael Alexandrino Júnior	Processo:
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO	CNPJ do FMS:03.532.661.0001-56
Gestor: Velomar Gonçalves Rios	CPF: 263.588.241.04
Endereço: BR 050 Km 281 sn Loteamento JK	
Dados bancários: Banco: Agência: Conta-corrente:	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Catalão	CNES: 2442612
Endereço: Praça das Mães sn Bairro São João	
Cidade: Catalão	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Filantrópica sem fins lucrativos
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial (X) Internação () UTI (x) SADT () Hospital dia <input type="checkbox"/> Outros:	

Dr. Aginaldo Gonçalves de Mesquita
Provedor



4 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Construção, Reforma, Ampliação, Estruturação da Unidade de Saúde Hospitalar	Período de execução:	
	Início: setembro/2020	Término: Dezembro 2020
Identificação do objeto: Reforma / Ampliação de Unidade de Saúde		
Justificativa: A Santa Casa de Misericórdia de Catalão, entidade filantrópica vem ao longo dos anos prestando relevantes serviços médicos hospitalar, em uma estrutura hospitalar composta por unidade de urgência e emergência, UTI, enfermarias, centro cirúrgico, laboratório, raios-x, áreas administrativas, ambulatório, almoxarifado e áreas de apoio assistencial. Atendendo a média de 200 pessoas dia e a sua capacidade operacional é destinada 60% aos usuários do SUS, que atualmente está em 87% e devido a crescente demanda nos atendimentos dos pacientes alguns espaços considerados essenciais no serviço de apoio assistencial já não atendem de forma adequada os serviços diários desenvolvidos, tais como a Central de Materiais Esterilizados que hoje funciona anexo ao centro cirúrgico e já não atende a demanda de serviço porque está sub dimensionada, o Refeitório e Cozinha o espaço não atende a demanda de forma eficiente e não comporta a quantidade de funcionários para fazer suas refeições diárias e a cozinha possui um espaço pequeno, construção bem antiga e não consegue atender a demanda de forma adequada. Atualmente não possui espaço próprio para manutenção e conserto, bem como não possui espaço para guardar a ferramentaria, equipamentos e imobiliário. Portanto com a construção da nova central de materiais, ampliação do refeitório, construção da nova cozinha e construção do galpão da manutenção será possível estas áreas de apoio assistencial entregar serviços com mais qualidade, celeridade e conseqüentemente o benefício será revertido para os pacientes que são atendidos neste hospital a nível de internações, urgência e emergência e ambulatorial, bem como preparar o hospital para implantação do hospital de ensino da UFACT		

5 - METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEITOS

1 - Internação hospitalar

parâmetros: taxa de ocupação: 90%

Descrição	Quantidade	Leitos/dia	Meta
Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	160		

Capacidade instalada -

Meta - 100% da capacidade

ATENDIMENTO

Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	2.500
Atendimento ambulatorial - consultas	150
Procedimentos cirúrgicos	160
SADT - radiologia	100

Dr. Agumaldo Gonçalves de Mesquita
Provernia



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

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 1.000.000,00	Valor mensal: R\$ 1.000.000,00
-----------------------------------	--------------------------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2019		ANO: 2020	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro		Janeiro	
Fevereiro		Fevereiro	
Março		Março	
Abril		Abril	
Mai		Mai	
Junho		Junho	
Julho		Julho	
Agosto		Agosto	
Setembro		Setembro	R\$ 1.000.000,00
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.

Dr. Aginaldo Gonçalves de I
Diretor



8.2 – DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO

- 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;

8.3 DA UNIDADE ASSISTIDA

- I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas;
- II – 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.
- III – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;
- IV – Realizar a prestação de contas da utilização dos recursos repassados pela Concedente;
- V – Movimentar os recursos recebidos do Plano em conta corrente aberta especificamente para este fim.

Dr. Agumaldo Gonçalves de Mesquita
Provetor



9 – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

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 DA UNIDADE ASSISTIDA

Na qualidade de representante legal da Unidade Assistida, declaro, para fins de prova junto à Secretaria de Estado de Goiás – 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.

Catalão, em .06 / agosto / 2020.

Assinatura _____


Dr. Agunaldo Gonçalves de Mesquita
Provedor

11 – DECLARAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Na qualidade de representante legal da Fundo Municipal de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde interveniente, devidamente qualificada neste plano de trabalho, declaro estar ciente do teor do presente e de acordo com o mesmo

Catalão em 06 / de agosto / 2020.

Assinatura: _____


Velomar Gonçalves Rios
Secretário Municipal de Saúde



Dr. Agunaldo Gonçalves de Mesquita
Provedor

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.

Assinam também este Plano de Trabalho

Ismael Alexandrino Junior

Secretário Estadual de Saúde de Goiás

Testemunha 1

Nome completo

CPF

Testemunha 2

Nome completo

CPF