

## PLANO DE TRABALHO

### 1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – GO (SMS-GO)	
Gestor: Wilson Modesto Pollara	Processo:
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal De Saúde de Goiânia.	CNPJ do FMS: 37.623.352/0001-03
Gestor: Wilson Modesto Pollara	
Endereço: Avenida do Cerrado, nº 999, Park Lozandes, Goiânia - Goiás CEP: 74884-092	

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Fundação Banco de Olhos de Goiás (CNPJ.02.600.740/0001-94)	CNES: 2338386
Endereço: Rua Couto Magalhães, nº 50 Jardim da Luz	
Cidade: Goiânia - Goiás	Esfera Administrativa: Privada Natureza: Sem Fins Lucrativos
Serviços ofertados: (x) ambulatorial (x) Internação ( ) UTI ( ) SADT (x) Hospital dia (x) outros: Urgência e Emergência	
DADOS BANCÁRIOS	
BANCO:	
AGÊNCIA:	
CONTA:	
OPERAÇÃO:	

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

##### 4.1 PRAZO:

Tempo de execução: 12 meses	Início: A partir da data da publicação do contrato/ termo de compromisso no Diário Oficial.
-----------------------------	---

##### 4.2 ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS:

#### TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA:

Recurso de Emenda Parlamentar

VEREADOR	N. EMENDA	VALOR
KÁTIA MARIA	409	R\$ 80.000,00
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 80.000,00</b>

Identificação do objeto: CUSTEIO

PLANILHA DETALHADA DOS CUSTOS COM CUSTEIO

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	CNPJ	VLR MENSAL	PRAZO/ MESES	VLR TOTAL
1	MV INFORMATICA NORDESTE LTDA	92.306.257.0007-80	8.090,51	10	80.905,10
	<b>TOTAL</b>				<b>R\$ 80.905,10</b>

Obs.: Trata-se de custeio para pagamento do programa hospitalar.

Justificativa: A Fundação Banco de Olhos de Goiás realiza rotineiramente consultas médicas, exames e cirurgias oftalmológicas, onde trabalha com profissionais renomados e equipamentos modernos. Os atendimentos realizados pela Fundação são feitos através do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que aproximadamente 75% são pacientes SUS, aproximadamente 60% de todos os pacientes atendidos, são de pessoas idosas. O hospital possui plantão 24 horas para atendimentos de urgência e emergência.

Nossa missão é promover assistência especializada 24 horas, com excelência, humanização e responsabilidade social.

Assim, esta ajuda de custo permitirá a Fundação melhorar a qualidade dos atendimentos no centro cirúrgico e execução dos serviços de modo geral, garantindo manutenções preventivas mais eficazes nos equipamentos cirúrgicos do hospital, reduzindo as manutenções corretivas, assegurando a segurança do paciente.

## 5 – COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELA UNIDADE ASSISTIDA.

A presente emenda parlamentar tem como objeto a aquisição de equipamentos para que se possa dar continuidade ao atendimento dos usuários do SUS com a qualidade necessária para execução dos serviços.

### 5.1 COMPROMISSO DE ATENDIMENTO:

DESCRIÇÃO DO TIPO DE ATENDIMENTO	QUANTIDADE HISTÓRICA REALIZADA	COMPROMISSO/META
	Quantidade média realizada/mês (fonte: Relatório aproximado de cirurgias realizadas, referente ao ano 2023, programa MV da instituição)	Quantidade a ser ofertada
Consultas	64.685	65.332
Consultas urgências	25.910	26.169
Cirurgias	11.616	11.732

## 6 – VALOR DO PROJETO

Valor Global:	R\$ 80.905,10 (oitenta mil novecentos e cinco reais e dez centavos)
---------------	---

6.1 – O recurso será destinado ao objeto proposto na emenda parlamentar e deverá ser utilizado na sua totalidade. Caso durante a aquisição dos equipamentos listados no item 4.2 haja saldo remanescente devido ao princípio da economicidade, este saldo poderá ser utilizado para outros equipamentos diferentes dos previamente listados no Plano de Trabalho, desde que a finalidade deste equipamento não seja diferente do referido objeto proposto na emenda parlamentar, devendo para isso pertencer obrigatoriamente a lista de equipamentos de saúde cadastrado no Ministério da Saúde. Para tanto, será necessário apresentar na prestação de contas as especificações técnicas conforme os dados coletados do site Ministério da Saúde.

6.2 – Se por ventura os valores das aquisições superarem o valor do cronograma de desembolso, esta diferença ficará de responsabilidade da Fundação Banco de Olhos de Goiás.

## 7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

<b>Parcela única</b>	R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais)
<b>Data do Desembolso:</b>	Após a assinatura do termo de compromisso de repasse com a secretaria municipal de saúde que ocorrerá após fluxo processual.

## 8 - OBRIGAÇÕES

### 8.1 – Da concedente

- I – Realizar o repasse dos recursos, conforme cronograma de desembolso;
- II – Suspender os repasses em caso de não prestação de contas pelo Proponente.
- III – Realizar os repasses dos recursos à unidade assistida após a homologação do plano de trabalho.

### 8.2 – Do Fundo Municipal de Saúde

- I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
- II – Realizar o repasse mediante assinatura do termo de repasse após o fluxo processual na Secretaria Municipal de Saúde, por meio dos documentos de homologação do plano de trabalho e ordens de pagamento.

## 8.3 – Da Unidade Assistida

I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas, as vagas disponibilizadas deverão ser ocupadas a critério da SMS, inexistindo recusa por parte da entidade assistida, sob pena de abertura de processo de irregularidades e/ou medidas judiciais cabíveis. Os recursos deverão ser destinados exclusivamente para melhoria do atendimento dos usuários do SUS, sendo vedada a utilização direta ou indireta para a rede privada de saúde.

II – Não utilizar os recursos disponibilizados para execução do Projeto em:

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;

Pagamento de aposentadorias e pensões;

Assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade;

Finalidade diversa do objeto ou da forma estabelecida do plano de trabalho, ainda que em caráter de emergência;

Atribuições de vigência ou de efeitos financeiros retroativos;

Despesas com publicidade;

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

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 – Quando a liberação dos recursos ocorrer de forma parcelada, realizar a prestação de contas do total do montante de recursos repassados pela Concedente, a cada 6 parcelas;

V – 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, parcial ou final, relativa aos repasses 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 Municipal de Saúde – SMS-GO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos da administração pública, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Fundo Municipal de Saúde, na forma deste Plano de Trabalho.

Goiânia em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinado de forma digital por ZANDER

CAMPOS DA SILVA:00332372120

Dados: 2024.03.01 16:13:17 -03'00'

Zander Campos da Silva

Presidente

#### 11 – DECLARAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Na qualidade de Gestor do 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.

Goiânia em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Wilson Modesto Pollara

Secretário Municipal de Saúde de Goiânia