



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



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: 202400010005512
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Diorama	CNPJ do FMS: 10.523.857/0001-40
Gestor: Rainegreise Garcia Santos	CPF: 029.732.231-13
Endereço: Rua Senador Pedro Ludovico, Centro, Qd. 17, N° 326 Diorama – Cep: 76.260-000	
Dados bancários: Caixa Econômica Federal Agência: 1338 Conta corrente: 71354-6	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Hospital Municipal Luci Pereira de Oliveira	CNES: 2382032
Endereço: RUA ARAGUAIA N° 364 - CENTRO	
Cidade: DIORAMA	Esfera Administrativa: Pública Natureza:
Serviços ofertados: () Ambulatorial () Internação () UTI () SADT (x) Hospital dia e noite ☐ Outros:	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Programa de Fortalecimento	Período de execução: 12 meses	
	Início: 04/2024	Término: 04/2025
Identificação do objeto: Custeio na Área da Saúde no município de Diorama - GO		
Justificativa: O município de Diorama possui uma população estimada de 2.062 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 medicamentos, insumos e material de laboratório 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 medicamentos, insumos e material de laboratório para abastecimento do Hospital Municipal, 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	Quantidade	Leitos/dia	Meta
Cirurgia Geral	01		
Clinica Geral	08		
Neonatologia	03		
Obstetrícia Cirúrgica	01		
Obstetrícia Clínica	01		
Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade			

ATENDIMENTO	
Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	682
Atendimento ambulatorial – consultas	
Procedimentos cirúrgicos	21
SADT – radiologia	2.152
SADT – análises clínicas	70
SADT – Eletrocardiografia	50

SADT – Ultrassonografia	70
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	01
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	01
Psicologia (profissionais contratados)	02
Serviço Social (profissionais contratados)	01

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 315.000,00	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\$ 315.000,00	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

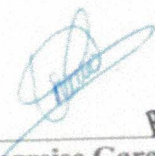
A Prestação de Contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade fundo a fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Final, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias 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.

Diorama, 23/04/2024

Assinatura: _____


Raine greise Garcia Santos

Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Diorama – GO

Raine greise Garcia Santos
Secretaria Municipal de Saúde
CPF: 029.732.231-13
Delegado nº 013/2023

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.



Extrato

Grau de sigilo
#PESSOAL

Cliente: CUSTEIO HOSP MUN LUCI P OLIVEIRA

Conta: 1338/006/00071354-6

Data: 11/03/2024 - 09:03

Movimentações desde o dia 10/02/2024 até o dia 11/03/2024

DATA	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR (R\$)	SALDO (R\$)
Não há lançamentos para o período				

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
caixa.gov.br



RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS						
Município:	Diorama Goiás			Telefone:		(64)2101-8701
Unidade de saúde:	Hospital Municipal Luci Pereira de Oliveira			Telefone:		(64) 99922-1060
Farmacêutico responsável:	Jussana Maria Batista e Santos					
ITEM	ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS	UNIDADE DE FORNECIMENTO	CMM ÚLTIMOS 6 MESES	QUANTITATIVO	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL
				VO SOLICITADO		
A Unidade de Fornecimento informada, deverá, obrigatoriamente, ser considerada para o preenchimento das colunas subsequentes (CMM ÚLTIMOS 6 MESES, QUANTITATIVO SOLICITADO, PREÇO UNITÁRIO)						
1	Ácido ascórbico 100mg/ml - Uso IV/IM - 5ml ✓	ampola	250	3.000	R\$ 1,10	R\$ 3.300,00
2	Água para Injeção - Uso endovenoso - 10 ml ✓	ampola	800	10.000	R\$ 0,38	R\$ 3.800,00
3	Água para Injeção - Uso endovenoso - 500 ml ✓	bolsa	40	480	R\$ 7,71	R\$ 3.700,80
4	Álcool 70% 1LT ✓	litros	96	1.200	R\$ 7,10	R\$ 8.520,00
5	Benzilpenicilina benzatina 1.200.00UI - pó p/suspensão injetável	frasco/ampola	30	400	R\$ 9,60	R\$ 3.840,00
6	Butilbrometo de escopolamina 4mg/ml + dipirona monoidratada 500mg/ml - 5ml ✓	ampola	150	2.500	R\$ 1,80	R\$ 4.500,00
7	Ceftriaxona dissódica hemieptaídratada 1000mg - pó p/solução injetável ✓	frasco/ampola	150	2.000	R\$ 3,80	R\$ 7.600,00
8	Cetoprofeno 100mg I.V - pó líófilo injetável ✓	ampola	200	2.500	R\$ 4,00	R\$ 10.000,00
9	Cloreto de sódio (solução fisiológica 9mg/ml - 0,9%) - 100ml ✓	bolsa	525	6.300	R\$ 4,50	R\$ 28.350,00
10	Cloreto de sódio (solução fisiológica 9mg/ml - 0,9%) - 250ml ✓	bolsa	125	1.500	R\$ 5,00	R\$ 7.500,00

11	Cloreto de sódio (solução fisiológica 9mg/ml - 0,9%) - 500ml	bolsa	225	2.700	R\$ 7,00	R\$ 18.900,00
12	Cloridrato de ondansetrona 2mg/ml - Uso IM/IV 4ml	ampola	125	1.500	R\$ 2,20	R\$ 3.300,00
13	Cloridrato de tramadol 100mg/2ml - Uso IM/IV/SC	ampola	115	1.500	R\$ 2,50	R\$ 3.750,00
14	Complexo B - solução injetável - 2 ml	ampola	160	2.000	R\$ 1,20	R\$ 2.400,00
15	Dimenidrinato 3mg/ml + cloridrato de piridoxina 5mg/ml + glicose 100mg/ml + frutose 100mg/ml - uso endovenoso - 10ml	ampola	32	500	R\$ 25,00	R\$ 12.500,00
16	Dipirona monoidratada 500 mg - IV, IM - 2ml	ampola	330	4.000	R\$ 1,30	R\$ 5.200,00
17	Fosfato dissódico de dexametasona 4mg/ml - via IV, IM, IA - 2,5ml	ampola	125	1.500	R\$ 2,60	R\$ 3.900,00
18	Imunoglobulina humana anti-D (300 mcg/2ml) e 1 agulha para injeção IM/IV - 2ml	unidade	2	4	R\$ 270,00	R\$ 1.080,00
19	Meloxicam 15mg - Uso intramuscular - 1,5 ml	ampola	40	500	R\$ 7,00	R\$ 3.500,00
20	Meropeném tri-hidratado 1g - pó p/solução injetável IV	frasco/ampola	35	450	R\$ 16,00	R\$ 7.200,00
21	Midazolam 5mg/ml solução injetável IM/IV/RETAL - 10 ml	ampola	30	400	R\$ 7,00	R\$ 2.800,00
22	Omeprazol sódico 40mg - Uso intravenoso	ampola	50	600	R\$ 6,50	R\$ 3.900,00
23	Piperacilina sódica + tazobactam sódico - 4g + 500mg - pó p/sol. Injetável - Uso exclusivamente IV	frasco/ampola	29	350	R\$ 25,00	R\$ 8.750,00
24	Ringer Lactado (solução de cloreto de cálcio 2H2O a 0,02% + cloreto de potássio a 0,03% + cloreto de sódio a 0,6% + lactato de sódio a 0,3% - Uso intravenoso - 500ml	bolsa	80	960	R\$ 8,75	R\$ 8.400,00
25	Succinato sódico de hidrocortisona 500mg - Uso EV/IM	frasco/ampola	42	500	R\$ 6,20	R\$ 3.100,00
26	Tenoxicam 40mg - pó liofilizado para solução injetável - Uso EV/IM	ampola	84	1.000	R\$ 9,20	R\$ 9.200,00
OBSERVAÇÕES:				VALOR TOTAL R\$ 178.990,80		

CARIMBO E ASSINATURA DO FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL DE FORMA LEGÍVEL

Dr. Jussara Maria Brito e Santos
Farmacêutica - Bioquímica

PLANILHA DE MATERIAL HOSPITALAR

Item	Discriminação	Medida	Qtde	Unitário
1	Bobina p/autoclave (grau cirúrgico) 12x100 ✓	Unid	15	R\$100,00
2	Bobina p/autoclave (grau cirúrgico) 35x100 ✓	Unid	10	R\$375,00
3	Bobina p/autoclave (grau cirúrgico) 45x100 ✓	Unid	10	R\$310,00
4	Bobina p/autoclave (grau cirúrgico) 50x100 ✓	Unid	10	R\$350,00
5	Bowie & Dick C/100 folhas teste a vapor	Unid	10	R\$370,00
6	Compressas de gases hidrófila (CREMER) 7,5X7,5 ✓	Unid	150	R\$ 52,00
7	Equipo Macrogotas Pct c/25 unid ✓	Unid	400	R\$ 22,50
8	Máscara descartável Cx c/100 unid. ✓	Unid	500	R\$ 15,00
9	Luva de procedimento tamanho M Cx c/100 pares ✓	Unid	150	R\$ 20,00
10	Luva de procedimento tamanho P Cx c/100 pares ✓	Unid	200	R\$ 20,00
11	Luva de procedimento tamanho PP Cx c/100 pares ✓	Unid	250	R\$ 20,00
12	Seringa luer luck agulhada 10ml Cx c/100 unid ✓	Unid	200	R\$ 70,00
13	Seringa luer slip agulhada 20 ml Cx c/50 unid ✓	Unid	150	R\$ 70,00

TOTAL

Total
R\$ 1.500,00
R\$ 3.750,00
R\$ 3.100,00
R\$ 3.500,00
R\$ 3.700,00
R\$ 7.800,00
R\$ 9.000,00
R\$ 7.500,00
R\$ 3.000,00
R\$ 4.000,00
R\$ 5.000,00
R\$ 14.000,00
R\$ 10.500,00

R\$ 76.350,00



Prefeitura Municipal de Diorama

NOVOS IDEAIS PARA DIORAMA

RELAÇÃO DE PLANILHA DE CUSTOS – PRODUTOS LABORATÓRIO

Item	Discriminação	Medida	Qtde	Unitário	Total
1	Diluyente 20 Lt Cat 206-20 SDH 20	Unid	6	750,00	4.500,00
2	Lisante 5 LT Cat 205.5-SDH 20	Unid	6	1.710,00	10.260,00
3	Kit teste (F line) D dímero Cx c/20	Unid	20	720,00	14.400,00
4	PCR teste (F LINE) Cx c/20 unid.	Unid	20	400,00	8.000,00
5	Teste covid AG Cx c/25 unid.	Unid	30	200,00	6.000,00
6	Teste Dengue IgG IgM Cx c/25 unid.	Unid	40	200,00	8.000,00
7	Teste Dengue NS1 Cx c/25 unid.	Unid	40	200,00	8.000,00

TOTAL

59.160,00