

PORTARIA Nº 269 /2016-GAB/SES-GO

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos estaduais para as ações e os serviços de saúde.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente o disposto nos art. 198 da Constituição Federal; e arts. 17, III e 35, III, da Lei nº 8.080/1990;

Considerando o art. 6º, da Lei Complementar nº 141/2012, o qual determina que os Estados devem investir, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

Considerando o art. 19 e 20 da Lei Complementar nº 141/2012, que dispõe sobre transferência de recursos dos Estados para Municípios.

Considerando os art. 5º e art. 6º, da Lei Estadual nº 17.797/2012, que dispõe sobre as transferências fundo a fundo do Fundo Estadual de Saúde e fundos municipais de saúde;

Considerando o art. 8º, do Decreto nº 7.824/2013, que dispõe sobre as transferências fundo a fundo mediante Portaria do Secretário de Estado de Saúde do Fundo Estadual de Saúde a fundos municipais de saúde;

Considerando a Portaria nº 3432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, que estabelece critério de classificação e cadastramento para as Unidades de Tratamento Intensivo;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no sistema único de saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, que organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do sistema único de saúde (SUS);



Considerando a Portaria nº 1.486/GM/MS, de 18 de setembro de 2015, redefina o componente hospitalar da etapa I do plano de ação da rede de atenção às urgências e emergências do estado de Goiás e aloca recursos financeiros para sua implantação;

Considerando a Resolução nº 002/2015 – CIB, que aprova o cofinanciamento estadual de diárias de leitos de Unidades de Terapia Intensiva – UTI Adultos e Pediátricas.

Considerando a execução do Plano de Fortalecimento da Atenção Hospitalar Regionalizada do Estado de Goiás, instituído pela Portaria nº 268/2013-GAB/SES-GO e Portaria nº 096/2013-GAB/SES-GO;

Considerando que foram identificadas necessidades por atendimentos hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade ou em áreas não contempladas pelo Plano de Fortalecimento;

Considerando a preeminente necessidade da Secretaria de Estado da Saúde em cofinanciar o custeio e investimento em unidades consideradas estratégicas para atendimento de saúde;

Considerando a necessidade da incorporação e qualificação dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT em média e alta complexidade das unidades consideradas de referência regional;

Considerando que a SES/GO já está implantando a política de regionalização da rede de reabilitação física, psíquica e neuromuscular;

RESOLVE:

Art. 1º. Regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos estaduais para as ações e os serviços de saúde, que tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso dos usuários do SUS, por meio de unidades públicas ou unidades privadas de forma complementar, com preferências as entidades sem fins lucrativos e as filantrópicas, conveniadas ou contratadas, observando o disposto no §1º do art. 199, da Constituição Federal.

Art. 2º. Os recursos disponibilizados para execução do Plano serão aplicados em:

I – Custeio e/ou cofinanciamento de:

a – UTI;

b – unidades ambulatoriais e unidades hospitalares;





SUS Sistema
Único
de Saúde

**SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE**

**GOVERNO DE
GOIÁS**

c – unidades de atenção psicossocial;

d – unidades de reabilitação física, psíquica e neuromusculares;

e – unidades pré-hospitalares de urgência;

f – unidades não contempladas nos itens anteriores, mas aprovadas nas áreas técnicas da pasta.

II – Investimento em:

a – reforma, construção e ampliação de unidades ambulatoriais e unidades hospitalares;

b – reforma, construção e ampliação de unidades não contempladas no item anterior, mas aprovadas nas áreas técnicas da pasta;

c – aquisição de equipamentos e materiais permanentes para o apoio diagnóstico e terapêutico para unidades ambulatoriais e unidades hospitalares;

d – aquisição de equipamentos e materiais permanentes para manutenção de vida;

e – aquisição de equipamentos e materiais permanentes para unidades não contempladas nos itens anteriores, mas aprovadas nas áreas técnicas da pasta.

§1º. Os recursos oriundos do financiamento e da transferência dos recursos estaduais para as ações e os serviços de saúde serão repassados do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde onde as unidades contempladas estão localizadas, cabendo ao gestor do fundo municipal de saúde, celebrar a avença necessária para a transferência às unidades assistenciais participantes de tal plano, quando for o caso.

§2º. Os recursos disponibilizados não poderão ser gastos com:

I – 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;

II – pagamento de aposentadorias e pensões;

III – assistência a saúde que não atenda ao princípio da universalidade;

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

V – atribuições de vigência ou de efeitos financeiros retroativos;

VI – despesas com publicidade;

VII – despesas com multas, juros e atualizações monetárias, inclusive referentes a pagamentos e recolhimentos efetuados fora dos prazos, ressalvadas as hipóteses constantes de legislações específicas;

VIII – despesas em data anterior ou posterior a vigência do plano de trabalho ou prazo de vigência da Portaria, quando a ação não for de caráter continuado.

§3º. Na realização de investimentos o gestor/unidade beneficiada com os recursos oriundos desta Portaria deverá observar o princípio da economicidade na aquisição do equipamento ou contratação do serviço, aplicando, no que couber, o art. 64 da Lei Estadual nº 17.928/2012.

§4º Os recursos financeiros para cada transferência serão movimentados em conta bancária específica em nome do respectivo Fundo de Saúde.

§5º Os recursos de que trata esta Portaria, depois de transferidos, serão obrigatoriamente aplicados, enquanto não forem utilizados na sua finalidade a que se destinam, devendo os respectivos rendimentos serem utilizados no seu objeto.

§6º Na hipótese de o custo final para aquisição dos equipamentos e materiais permanentes ser inferior ao montante dos recursos financeiros transferidos nos termos desta Portaria, os valores remanescentes poderão ser utilizados para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes, excetuando-se os com alocação condicionada a parâmetros populacionais ou com demanda prevista na legislação.

§ 7º Caso o custo da obra ou para a aquisição dos equipamentos e materiais permanentes seja superior ao montante dos recursos financeiros transferidos, a respectiva diferença no valor deverá ser custeada por conta da própria unidade ou do próprio ente federativo interessado.

Art. 3º. O incentivo financeiro de custeio mensal para unidades de interesse observará as seguintes graduações:

I – Abrangência Estadual (cobertura do atendimento populacional acima de 1.000.000,00 (um milhão) de habitantes): será limitado até 70% (setenta por cento) do valor transferido do teto para Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) para a unidade dos serviços contemplados no plano de trabalho, do trimestre anterior, limitado ao valor de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) mensais;

II – Abrangência Regional: será limitado até 40% (quarenta por cento) do valor transferido do teto para Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e



Hospitalar (MAC) para a unidade dos serviços contemplados no plano de trabalho, do trimestre anterior;

III – Apoio Local: será limitado até 25% (vinte e cinco por cento) do valor transferido do teto para Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) para a unidade dos serviços contemplados no plano de trabalho, do trimestre anterior;

IV – Abrangência Estadual (cobertura do atendimento populacional acima de 1.000.000,00 (um milhão) de habitantes) ou de Abrangência Regional em área de alta densidade turística, atendidos pelo Plano de Fortalecimento no ano de 2015, receberá o mesmo valor dos recursos financeiros em referência.

§1º. Serão estabelecidas as seguintes metas de produção para:

I – Assistência Hospitalar, definido como o regime de hospitalização, compreendendo o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter e/ou definir o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento:

a – Realizar, no mínimo, 90% da meta estabelecida no Plano de Trabalho;

b – O indicador de aferição será a Saída Hospitalar, comprovada por meio da Autorização de Internação Hospitalar – AIH emitida pelo próprio hospital, dos serviços contemplados no plano de trabalho e apresentados à Secretaria Municipal de Saúde – SMS do Município para serem processadas e faturadas pelo DATASUS/MS;

c – Manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais nas especialidades definidas.

II – Urgência/Emergência, definido como atendimentos de urgência aqueles não programados, que sejam realizados pelo Serviço de Urgência/Emergência, via demanda espontânea ou encaminhados pelas redes de atendimento:

a – Realizar, no mínimo, 90% da meta estabelecida no Plano de Trabalho;

b – Manter o Serviço de Urgência/Emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e havendo necessidade de atendimento de urgência/emergência em pediatria, a unidade deverá suprir todas as especialidades necessárias;

c – O indicador de aferição será a Saída Hospitalar, comprovada por meio da Autorização de Internação Hospitalar – AIH emitida pelo próprio hospital, dos serviços contemplados no plano de trabalho e apresentados à Secretaria Municipal de Saúde – SMS do Município para serem processadas e faturadas pelo DATASUS/MS;



d – A regulação assistencial se dará por meio das secretarias municipais de saúde, em cogestão com o Complexo Regulador Estadual que acompanhará e monitorará todo o processo por meio da disponibilização on-line dos dados referentes à internação e saída dos pacientes.

III – Ambulatório: definido como atendimentos aos usuários egressos da instituição hospitalar e aos usuários encaminhados de outras unidades para as especialidades previamente definidas:

a – Realizar, no mínimo, 90% da meta estabelecida no Plano de Trabalho;

b – O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, emitida pela própria unidade, dos serviços contemplados no plano de trabalho e apresentados à Secretaria Municipal de Saúde – SMS do Município para serem processadas e faturadas pelo DATASUS/MS;

c – O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar de segunda a sexta feira das 7:00 às 19:00 hs e aos sábados das 7:00 às 13:00 hs. O ambulatório deverá funcionar com agenda interna e agenda para demanda referenciada. A agenda interna deverá ser para retorno de cirurgias realizadas na unidade e a agenda referenciada deverá ser realizada por meio de agendamento prévio junto à unidade.

IV – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT externo: definido por Apoio Diagnóstico e Terapêutico a disponibilizados aos usuários que não necessitem de internação hospitalar e aos usuários encaminhados para exames e ações de apoio diagnóstico e terapia, dentro do perfil estabelecido para a Unidade:

a – Realizar, no mínimo, 90% da meta estabelecida no Plano de Trabalho;

b – Realizar os exames conforme a necessidade dos usuários que não necessitem de internação hospitalar e dos usuários encaminhados de outras unidades;

c – O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, emitida pela própria unidade, dos serviços contemplados no plano de trabalho e apresentados à Secretaria Municipal de Saúde – SMS do Município para serem processadas e faturadas pelo DATASUS/MS.

§2º. – A análise dos estabelecimentos de saúde para Assistência Hospitalar, Urgência/Emergência, Ambulatório e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT externo, bem como dos critérios de enquadramento e distribuição serão definidos em programação elaborada pela Superintendência de Controle e Avaliação Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES.



Art. 4º. O incentivo financeiro destinado exclusivamente para o cofinanciamento (custeio mensal) de diárias de leitos de unidades de terapia intensiva – UTI, adultos e/ou pediátricas, da rede pública ou privada contratada pelo SUS observará as seguintes condições:

I – custeio de novos leitos de UTI, adulto e pediátrico: valor do incentivo anual para o gestor ou para o prestador = Número de leitos novos X 365 dias X R\$ 1.100,00 (mil e cem reais) X 0,90 (Onde: 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação). Na medida que em que estes forem habilitadas e/ou qualificadas na rede de urgência e emergência, pelo Ministério da Saúde – MS, passarão automaticamente a responder pelas regras de cofinanciamento de leitos existentes;

II – custeio de leitos de UTI, adulto e pediátricos, já existentes (habilitados e qualificados pelo Ministério da Saúde): valor do incentivo anual para o gestor ou para o prestador = Número de leitos de UTI Adulto e/ou Pediátricas já existentes X 365 dias X R\$ 300,00 (trezentos reais) X 0,90 (Onde: 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação);

III – custeio de leitos de UTI, adulto e/ou pediátricos, já existentes (habilitados): valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI Adulto/pediátricos já existentes X 365 dias X R\$ 621,28 (seiscentos e vinte uns reais e vinte e oito centavos) X 0,90 (Onde: 0,90 corresponde a 90% de taxa de ocupação);

IV – o limite de leitos de UTI, por unidade de saúde, é de 70% (setenta por cento) do quantitativo;

V – será limitado o valor do incentivo financeiro para cada unidade de terapia intensiva – UTI, adultos e/ou pediátricas, da rede pública ou privada contratada pelo SUS, ao valor de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) mensais.

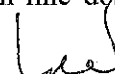
§1º. Serão estabelecidas as seguintes metas de produção para unidade de tratamento intensivo (UTI), definido como, estrutura hospitalar que se caracteriza como unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamentos intensivos:

a – Realizar a meta estabelecida no Plano de Trabalho;

b – O cofinanciamento dos leitos existentes ficará condicionado à abertura e pleno funcionamento de leitos novos;

c – As Secretarias Municipais de Saúde deverão assegurar o processo de contratualização dos prestadores, conforme produção apresentada e aprovada;

d – A regulação assistencial dos referidos leitos se dará por meio das Secretarias Municipais de Saúde, em cogestão com o Complexo Regulador Estadual que acompanhará e monitorará todo o processo por meio da disponibilização on-line dos dados



referentes à internação e saída dos pacientes. Manter em funcionamento a totalidade dos leitos operacionais nas especialidades definidas;

e – Os leitos serão cofinanciados quando destinados a pacientes que necessitem de ventilação mecânica ou quando, em outras situações, sejam regulados e classificados no mesmo perfil;

f – A análise dos estabelecimento de saúde, bem como dos critérios de enquadramento, normas técnicas e operacionais, estudos e distribuição dos leitos serão definidos pela Superintendência de Controle e Avaliação Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES;

Art. 5º. As unidades de interesse e que se enquadram no critério de financiamento e de transferência dos recursos estaduais para as ações e os serviços de saúde deverão apresentar plano de trabalho, no qual haja detalhamento das atividades a serem desenvolvidas, justificativa, a identificação dos estabelecimentos ou unidades de saúde a que se destinarão, os custos, as metas detalhadas já executadas e a serem atingidas, indicadores e prazos de monitoramento.

§1º. Na apresentação do Plano de Trabalho deverão ser encaminhados a seguinte documentação, no caso de:

I – Custeio e/ou Cofinanciamento:

a – Ofício do município solicitando financiamento de ações de saúde Fundo a Fundo;

b – Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF), do endereço, da Ata de Posse e do Diploma do Prefeito;

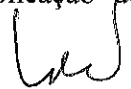
c – Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF), do endereço, da nomeação e do secretário municipal de saúde;

d – Comprovante bancário de conta aberta especificamente, em nome do Fundo municipal de saúde;

e – Comprovação de adesão aos compromissos de gestão municipal estabelecidos nos termos da legislação vigente e/ou de outras políticas de gestão do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite ou Comissão Intergestores Tripartite;

f – Apresentação de relatório anual de gestão do ano anterior ao exercício em que se efetiva o repasse – RAG;

g – Comprovação do cumprimento do conteúdo do art. 7º da Lei Complementar federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012, relativamente à aplicação do



percentual mínimo de gastos em saúde, por meio da alimentação do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS);

j – Planilha detalhada com custos unitários mensais e anuais.

II – Investimento em equipamento ou material permanente:

a – Ofício do município solicitando financiamento de ações de saúde Fundo a Fundo;

b – Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF), do endereço, da Ata de Posse e do Diploma do Prefeito;

c – Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF), do endereço, da nomeação e do secretário municipal de saúde;

d – Comprovante bancário de conta aberta especificamente, em nome do Fundo municipal de saúde;

e – Comprovação de adesão aos compromissos de gestão municipal estabelecidos nos termos da legislação vigente e/ou de outras políticas de gestão do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite ou Comissão Intergestores Tripartite;

f – Apresentação de relatório anual de gestão do ano anterior ao exercício em que se efetiva o repasse – RAG;

g – Comprovação do cumprimento do conteúdo do art. 7º da Lei Complementar federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012, relativamente à aplicação do percentual mínimo de gastos em saúde, por meio da alimentação do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS);

h – 03 (três) orçamentos.

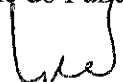
III – Investimento em obras:

a – Ofício do município solicitando financiamento de ações de saúde Fundo a Fundo;

b – Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF), do endereço, da Ata de Posse e do Diploma do Prefeito;

c – Cópia dos documentos pessoais (RG e CPF), do endereço, da nomeação e do secretário municipal de saúde;

d – Comprovante bancário de conta aberta especificamente, em nome do Fundo municipal de saúde;



- e – Orçamento;
- f – Memorial Descritivo;
- g – Memorial de Cálculo;
- h – ART do Projeto e do Orçamento;
- i – Cronograma Físico – Financeiro;
- j – Projeto arquitetônico aprovado pela SUVISA ou órgão equivalente;
- h – Comprovação de adesão aos compromissos de gestão municipal estabelecidos nos termos da legislação vigente e/ou de outras políticas de gestão do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite ou Comissão Intergestores Tripartite;
- l – Apresentação de relatório anual de gestão do ano anterior ao exercício em que se efetiva o repasse – RAG;
- m – Comprovação do cumprimento do conteúdo do art. 7º da Lei Complementar federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012, relativamente à aplicação do percentual mínimo de gastos em saúde, por meio da alimentação do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

§2º. As entidades estão automaticamente aderidas a esta portaria;

Art. 6º. O plano de trabalho, será apresentado ao Secretário de Estado da Saúde, o qual mandará autuá-lo e remeterá o processo à Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças – SGPF que informará da possibilidade orçamentária e financeira da execução no exercício corrente.

§1º. Se não houver disponibilidade orçamentária e financeira da execução do plano de trabalho no exercício corrente, haverá o sobrestamento por período de 1(um) ano, encaminhando para Gerência de Licitação, Contratos e Convênios – GLCC, para registro, sendo que após este prazo, não havendo ainda possibilidade de sua efetivação, será encaminhado ao Secretário de Estado da Saúde com sugestão de arquivamento e a comunicação ao solicitante, observada a conveniência e oportunidade.

§2º. Caso haja possibilidade orçamentária e financeira da execução do plano de trabalho, será encaminhado para Gerência de Licitação, Contratos e Convênios – GLCC para conferência da documentação e análise do plano de trabalho em relação as suas informações, e após finalizado esta fase, será remetido para a área técnica da SES/GO, segundo o tipo de proposta.



Art. 7º. Versando o plano de trabalho sobre custeio e/ou cofinanciamento, caberá à Superintendência de Controle e Avaliação Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES a emissão de parecer técnico conclusivo quanto a viabilidade técnica do plano de trabalho e sua requisição de despesa.

Art. 8º. Em se tratando de plano de trabalho que tenha por objeto a aplicação de recursos em equipamentos e materiais permanentes, caberá a Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde – SPAIS a emissão de parecer técnico conclusivo quanto a viabilidade técnica do plano de trabalho e sua requisição de despesa.

Art. 9º. Versando o plano de trabalho sobre obras, caberá a área técnica, segundo o tipo de proposta, a emissão de parecer técnico conclusivo quanto a viabilidade técnica do plano de trabalho, havendo necessidade ainda da Gerência de Engenharia e Arquitetura – GEA da Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças – SGPF no projeto de engenharia, sendo que esta elaborará a requisição de despesa.

Art. 10. Cada Superintendência deverá se manifestar no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a contar do recebimento do expediente ou processo, e, caso não o faça, o transcurso *in albis* do prazo será considerado como manifestação favorável.

Art. 11. Concluída a instrução processual, o plano de trabalho será remetido ao Secretário de Estado da Saúde que, por ato discricionário, autorizará sua execução ou determinará o sobrestamento por período não superior a 1(um) ano.

Parágrafo Único – Caso entenda necessário, antes de autorizar a execução do plano de trabalho, o Secretário poderá solicitar a manifestação da Advocacia Setorial, que se restringirá aos aspectos da legalidade e determinar a realização de diligências necessárias para saneamento do processo.

Art. 12. Autorizada a execução do plano de trabalho, a Gerência Orçamentária e Financeira - GEROF emitirá a nota de empenho e a Gerência de Licitação, Contratos e Convênios – GLCC elaborará a Portaria que homologa o plano de trabalho e determina a transferência dos recursos pleiteados na modalidade fundo a fundo.

§1º. Em se tratando de plano de trabalho que tenha por objeto a aplicação de recursos em investimento, a vigência da Portaria cingir-se-á à conclusão da obra ou aquisição de equipamentos ou materiais permanentes, limitado, no máximo, 36 (trinta e seis) meses contados da emissão da portaria.

§2º. Versando o plano de trabalho sobre custeio e/ou cofinanciamento, a vigência da Portaria terá a prorrogação automática, desde que haja manifestação pela continuidade emitida pelo beneficiário do recurso até 90 (noventa) dias antes do fim da vigência do plano de trabalho e haja parecer favorável quanto ao alcance satisfatório das metas. No caso que não haja interesse do beneficiário ou da pasta para renovação, a vigência da Portaria cingir-se-á a 30 dias após a conclusão dos repasses financeiros, limitado, no máximo, 36 (trinta e seis) meses contados de sua emissão.



§3º Em caso de renovação do custeio e/ou cofinanciamento, o plano de trabalho e a Planilha detalhada com custos unitários mensais e anuais deverão ser atualizados.

§4º. A execução das propostas aprovadas e habilitadas será condicionada à disponibilidade orçamentária e financeira da pasta.

Art. 13. Em havendo sobrestamento do processo, ao final do prazo assinalado pelo Secretário, o processo será remetido às áreas técnicas, nos termos do art. 11 desta Portaria, para reanálise e manutenção das manifestações ou modificação destas, em peça devidamente fundamentada.

Art. 14. Remetido o processo contendo o plano de trabalho pela segunda vez, desde que todas as manifestações sejam favoráveis, o Secretário autorizará sua execução ou determinará seu arquivamento, observada a conveniência e oportunidade.

Art. 15. Emitida a Portaria que homologa o plano de trabalho, o processo será remetido à Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças – SGPF para execução da despesa e gestão do processo, inclusive sua prestação de contas, na forma da Lei.

Art. 16. A prestação de contas final visa certificar a boa e regular aplicação dos recursos transferidos e será composta pelos seguintes documentos e informações apresentados pelo convenente:

I – Ofício de encaminhamento da prestação de contas;

II – Relatório de Cumprimento do Objeto;

III – Cópia do Plano de Trabalho aprovado;

IV – Cópia da Portaria de destinação dos recursos e sua publicação;

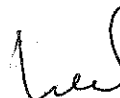
V – Relatório de execução Físico-Financeira;

VI – Cópia do Termo de Aceitação de Obra (quando for o caso);

VII – extrato da conta bancária específica, do período do recebimento da primeira parcela até o último pagamento, demonstrando a conta zerada, e, se for o caso, a conciliação bancária;

VIII – extratos da conta de aplicação financeira, evidenciando todos os rendimentos auferidos no período e demonstrando a conta zerada;

IX – Comprovante, por meio de Registro no Cartório de Registro de Imóveis, de Averbação de Construção ou Ampliação de Imóvel (quando for o caso);





SUS Sistema
Único
de Saúde

**SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE**

**GOVERNO DE
GOIÁS**

X – Fotos do Objeto;

XII – Relatório de Cumprimento de Metas;

XII – Relatório de Custos;

XIII – Notas Fiscais/Faturas.

§1º. 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;

§2º. 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.

§3º. 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.

§4º. A prestação de contas será analisada pela Gerência de Licitação, Contratos e Convênios – GLCC, que terá prazo de 90 (noventa) dias para apreciar a prestação de contas apresentada, contados da data de seu recebimento, prorrogável por igual período mediante justificativa da autoridade competente.

§ 5º Após a análise da prestação de contas parcial ou final, deverá encaminhar ao conveniente a manifestação formal sobre a sua aprovação ou não.

Art. 17. O monitoramento e avaliação do plano de trabalho, no caso de obras ou reformas, ficará a cargo da Gerência de Engenharia e Arquitetura – GEA da Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças – SGPF.

Art. 18. A renovação, monitoramento e avaliação do plano de trabalho no caso de custeio e cofinanciamento, nos termos do §2º do art. 12 desta Portaria, ficará a cargo da Superintendência de Controle e Avaliação Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES, que adotará a seguinte metodologia:

I – A avaliação será feita trimestralmente e obedecerá os seguintes critérios:

a – Análise dos Resultados de Metas Estabelecidas;

b – Para cada uma das metas será atribuída uma nota variando de 0 a 10, em função do grau de consecução da meta acordada. Para tanto será observada a escala constante das tabelas abaixo:

RESULTADO OBTIDO DA META	NOTA ATRIBUÍDA A META
Acima do valor contratado	10
> 90% até 100%	10
> 70% até 89,99%	9
> 70%	ZERO

Memória do Cálculo:

DESCRIÇÃO					
	Meta	Nota	Média (a)	Peso (b)	TOTAL (c) = (a) x (b)
1	Metas de Atendimento de urgência/emergência			4	
	Metas de Atendimento ambulatorial – consultas				
	Metas de Procedimentos cirúrgicos				
	Metas de SADT				
NOTA GLOBAL DA AVALIAÇÃO = $\Sigma(c)/4$					

Média das notas das metas	Conceito
9 a 10 pontos	MUITO BOM
7,0 a 8,999	BOM
<7,0	INSUFICIENTE

Art. 19 – Emitido o relatório de avaliação e devidamente aprovado pelo Superintendente da Superintendência de Controle e Avaliação Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES, haverá os seguintes encaminhamentos:

I – conceitos MUITO BOM e BOM – sugestão de manutenção da execução do plano de trabalho, nos termos do §2º do art. 12 desta Portaria;



II – conceito INSUFICIENTE – suspensão imediata dos repasses dos recursos e instauração de auditoria.

Art. 20 – A renovação, monitoramento e avaliação do plano de trabalho, no caso de cofinanciamento, nos termos do §2º do art. 12 desta Portaria, ficará a cargo da Superintendência de Controle e Avaliação Gerenciamento das Unidades de Saúde – SCAGES.

Art. 21 – As unidades de saúde contempladas pelas etapas anteriores do Plano de Fortalecimento da Atenção Hospitalar Regionalizada no Estado de Goiás serão incluídas e devendo realizar as adequações necessárias para o enquadramento dentro das normas desta Portaria.

Art. 22 – Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

PUBLIQUE-SE, DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, em Goiânia, aos
18 dias do mês de abril de 2016.



LEONARDO MOURA VILELA
Secretário de Estado da Saúde