



**SES**  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



## PLANO DE TRABALHO

### 1 – CONCEDENTE

|                                                             |                              |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Órgão:<br><b>Secretaria de Estado da Saúde de Goiás</b>     | CNPJ:<br>02.529.964/0001-57  |
| Gestora:<br>Luciana Vieira Tavernard de Oliveira            | Processo:<br>202300006010192 |
| Endereço:<br>Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                              |
|                                                             |                              |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

|                                                                                                                                   |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MINEIROS                                                                                        | CNPJ do FMS:<br>11.924.138/0001-01 |
| Gestor:<br>ANA PAULA ALVES DE OLIVEIRA REZENDE                                                                                    | CPF:<br>641.810.901-59             |
| Endereço:<br>PC CORONEL CARRIJO, 01, CENTRO, MINEIROS - GO                                                                        |                                    |
| Dados bancários:<br>Banco: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL<br>Agência: 0871      Conta-corrente: 006. 71.173-5_FES-100-EMENDA 2023 ESTADO |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                 |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Unidade:<br>HOSPITAL MUNICIPAL DR EVARISTO VILELA MACHADO                                                                       | CNES:<br>8013543                                                  |
| Endereço:<br>RUA TEODORO MICHELLUS, QD02, BOA VISTA                                                                             |                                                                   |
| Cidade: Mineiros - Goiás                                                                                                        | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Administração Pública |
| Serviços ofertados:<br>(x ) Ambulatorial (x ) Internação (x ) UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                                   |

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| Período: 12 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Início: 10/2023 | Término: 09/2024 |
| Identificação do objeto: CUSTEIO – AQUISIÇÃO DE MATERIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                  |
| <p>Justificativa:</p> <p>O Município de Mineiros tem em funcionamento 1 (um) HOSPITAL MUNICIPAL, 1 (uma) UPA, 11 (onze) Unidade Básicas de Saúde UBS, contando com 21 Estratégias da Saúde da Família - ESFs, 03- Equipe do NASF, 02 Academia da Saúde, cobertura da estratégia da saúde de 100%;</p> <p>O Município de Mineiros – GO tem uma boa estrutura MAC, contato com o HOSPITAL MUNICIPAL e UPA, contando se faz necessário melhorar o atendimento aos usuários, e com o auxílio deste recurso de custeio poderemos ampliar a cobertura MAC e diminuir a espera do usuário e facilitar o acesso à uma saúde cada vez melhor.</p> |                 |                  |

## 5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

| LEITOS                                                                            |                          |            |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|------|
| 1 – Internação hospitalar<br>parâmetros: taxa de ocupação: 76%                    |                          |            |      |
| Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica | Quantidade               | Leitos/dia | Meta |
| Capacidade instalada -                                                            | 20                       | 14,5       | 15   |
| Meta – 100% da capacidade                                                         | 20                       | 15         | 15   |
| ATENDIMENTO                                                                       |                          |            |      |
| Descrição                                                                         | Quantidade realizada/mês |            |      |
| Prontuários Abertos                                                               | -                        |            |      |
| Pacientes Atendidos                                                               | 2883                     |            |      |
| Consultas Médicas                                                                 | 2011                     |            |      |
| Cirurgias Realizadas                                                              | -                        |            |      |
| Internações                                                                       | 23                       |            |      |
| Punção para Mielogramas                                                           | -                        |            |      |
| Farmacêuticos Contratados                                                         | 03                       |            |      |
| Enfermeiros Contratados                                                           | 16                       |            |      |
| Técnico de Enfermagem Contratados                                                 | 45                       |            |      |

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Valor global: R\$ 250.000,00 | Valor Mensal: |
|------------------------------|---------------|

## 7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| ANO: 2023 |                | ANO: 2024 |              |
|-----------|----------------|-----------|--------------|
| Mês       | Valor em R\$   | Mês       | Valor em R\$ |
| Janeiro   | -              | Janeiro   | -            |
| Fevereiro | -              | Fevereiro | -            |
| Março     | -              | Março     | -            |
| Abril     | -              | Abril     | -            |
| Maio      | -              | Maio      | -            |
| Junho     | -              | Junho     | -            |
| Julho     | -              | Julho     | -            |
| Agosto    | -              | Agosto    | -            |
| Setembro  | -              | Setembro  | -            |
| Outubro   | R\$ 250.000,00 | 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 pelo Proponente.
- III – Realizar os repasses dos recursos recebidos da concedente a unidade assistida em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde

### 8.2 – Do Fundo De Saúde

- I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
- II – Realizar os repasses dos recursos recebidos da Concedente à Proponente em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde;

### 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.
- 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 à 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, 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 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 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.

Goiânia em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 11 – DECLARAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Na qualidade de Gestor do Fundo Municipal de Saúde, da Secretária 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ANA PAULA ALVES DE OLIVEIRA  
REZENDE:64181090159  
0159

Assinado de forma digital  
por ANA PAULA ALVES DE  
OLIVEIRA  
REZENDE:64181090159  
Dados: 2023.10.23  
17:31:14 -03'00'

\_\_\_\_\_  
**Nome do Gestor**

## 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.