



**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  |
| Gestor:<br>Sérgio Alberto Cunha Vencio                      | Processo:<br>202300010002646 |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                              |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                            |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome: Fundo Municipal de Saúde de Uruana                                                                   | CNPJ do FMS:<br>11.163.358/0001-51 |
| Gestor: Ana Paula Pereira Moraes                                                                           | CPF: 032.910.291-51                |
| Endereço: Rua Antônio Ferreira Oliveira, nº 270, PC 397, Centro, Uruana, CEP: 76335-000                    |                                    |
| Dados bancários:<br>Banco: Banco do Brasil<br>Agência: 2753-7                      Conta-corrente: 19247-3 |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                              |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL DE URUANA                                                                                        | CNES: 0451436                               |
| Endereço: AV JOSE ALVES TOLEDO ESQ COM RUA OLAVO V ROCHA - JARDIM VALE DO SOL                                                |                                             |
| Cidade: Uruana – Goiás                                                                                                       | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: |
| Serviços ofertados:<br>( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                             |

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Título do projeto: Custeio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Período de execução: 01 ano |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Início:<br>Maio/2023        | Término:<br>Abril/2024 |
| Identificação do objeto: Custeio na Area da Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |                        |
| <p>Justificativa:</p> <p>O município de Uruana no estado de Goiás, tem estimativa populacional de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 13.826 (treze mil, oitocentos e vinte e seis) habitantes, no último censo feito no município em 2010.</p> <p>Os esforços para viabilizar a manutenção das nossas unidades, devidos as dificuldades oriundas da crise financeira pela qual a instituição pública tem passado dificultam o atendimento adequado e eficaz a à totalidade de nossos pacientes. Essas dificuldades acarretam problemas para aquisição de material e insumos relativos a saúde. Precisa manter estoques suficientes de materiais e insumos para atender os pacientes em tratamento, com seus respectivo números e intervalo de tratamento, pois este é o fator determinante na obtenção de um tratamento adequado e que possibilite a cura de um agravo.</p> <p>Diante do exposto, solicita recursos financeiros para custeio para atender a demanda do município de Uruana – GO, conforme planilhas anexas.</p> |                             |                        |

#### 5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| LEITOS                                                                            |                          |            |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|------|
| 1 – Internação hospitalar<br>parâmetros: taxa de ocupação: 90%                    |                          |            |      |
| Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica | Quantidade 15            | Leitos/dia | Meta |
| Capacidade instalada -<br>Meta – 100% da capacidade                               |                          |            |      |
| ATENDIMENTO                                                                       |                          |            |      |
| Descrição                                                                         | Quantidade realizada/mês |            |      |
| Atendimento de urgência/emergência                                                | 1602                     |            |      |
| Atendimento ambulatorial – consultas                                              | 1.615                    |            |      |
| Procedimentos cirúrgicos                                                          | 1525                     |            |      |
| SADT – radiologia                                                                 | 100                      |            |      |
| SADT – análises clínicas                                                          | -                        |            |      |
| SADT – Eletrocardiografia                                                         | 50                       |            |      |

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

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Valor global: R\$ 100.000,00 | 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      | R\$ 100.000,00 | 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, 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 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.

Uruana em 17 de maio de 2023.

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Ana Paula Pereira Moraes  
Secretária Municipal de Saúde

## 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.