

# PLANO DE TRABALHO

## 1 – CONCEDENTE

|                                                                 |                                  |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Órgão:</b> Secretaria de Estado da Saúde de Goiás            | <b>CNPJ:</b> 02.529.964/0001-57  |
| <b>Gestor:</b> Sergio Alberto Cunha Vencio                      | <b>Processo:</b> 202300010002677 |
| <b>Endereço:</b> Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                                  |

## 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

|                                                                                                       |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Nome:</b> Fundo Municipal de Saúde de Anápolis                                                     | <b>CNPJ:</b> 06.169.881/0001-55 |
| <b>Gestora:</b> Elinner Rosa de Almeida Silva e Gonçalves                                             |                                 |
| <b>Endereço:</b> Rua Professor Roberto Mange, nº 152, Vila Santana, Anápolis – Goiás, CEP 75.113-630. |                                 |
| <b>Dados bancários:</b> AG: 2511 – PLAT GOV NORTE DE GO OP: 006 CONTA: 71.346-8                       |                                 |

## 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                              |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Unidade:</b> Ambulatório Mauá Cavalcante Sávio                                                                            | <b>CNPJ:</b> 01.585.595/0004-08<br><b>CNES:</b> 2437732   |
| <b>Endereço:</b> Rua Dr. Flaminio Fávero, Qd.16, Cidade Universitária, Centro.                                               |                                                           |
| <b>Cidade:</b> Anápolis/Goiás                                                                                                | <b>Esfera Administrativa:</b> Privada sem fins lucrativos |
| <b>Serviços ofertados:</b><br>(X) Ambulatorial ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia ( ) Outros:                  |                                                           |
| <b>Contato:</b> (62) 98109-4744 ou (62) 3243-7307 - E-mail: <a href="mailto:convenios@accg.org.br">convenios@accg.org.br</a> |                                                           |

## 4 - DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                             |                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Período de Execução:</b> 12 (doze) meses | <b>Início:</b> Será de 12(doze) meses condicionado a vigência da Portaria de Homologação publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás. |
| <b>Identificação do objeto:</b> Custeio     |                                                                                                                                          |

**Justificativa:**

Inaugurado em 20 de dezembro de 1994, o Ambulatório Mauá Cavalcante Sávio é uma unidade ambulatorial de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer que oferece serviços como consultas ambulatoriais, radioterapia, quimioterapia, cirurgias ambulatoriais e exames radiológicos, citológicos e laboratoriais. Além de acompanhamento social, nutricional, fonoaudiólogo e psicológico.

Anualmente, atende mais de 9 mil pacientes e realiza mais de 100 mil procedimentos, e 90% destes atendimentos são realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para a população de Anápolis e de 59 Municípios da Macrorregião Centro-Norte e Região Pirineus.

Diante do exposto, é importante ressaltar que o apoio do Poder Público é fundamental para manter e aprimorar as atividades desenvolvidas pelo Ambulatório Mauá Cavalcante Sávio e essenciais para ações de combate ao câncer.

Portanto, solicitamos o repasse da Emenda Parlamentar Impositiva do Estado de Goiás nº 173, indicada pelo Deputado Estadual Antônio Gomide, no valor de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para custeio.

**5 – METAS A SEREM ATINGIDAS:**

| QUADRO DE METAS |                                         |            |
|-----------------|-----------------------------------------|------------|
| Grupo/Subgrupo  | Descrição                               | Quantidade |
| 02.06           | Procedimentos de finalidade diagnóstica | 20         |
| <b>Total</b>    |                                         | <b>20</b>  |

O cumprimento das metas está condicionado à regulação dos pacientes pela SEMUSA.

**5.1 – INDICADORES DE ATENDIMENTO:**

| ATENDIMENTO 2022                  |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Descrição                         | Quantidade Realizada/Mês |
| Total de procedimentos realizados | 7.862                    |
| Cirurgias Ambulatoriais           | 30                       |
| Doses de Quimioterapia            | 1.095                    |
| Aplicações de Radioterapia        | 4.773                    |



## 6 – VALOR DO PROJETO:

|              |                |
|--------------|----------------|
| Valor Global | R\$ 250.000,00 |
|--------------|----------------|

## 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    | R\$ 250.000,00 | Agosto    | -            |
| Setembro  | -              | Setembro  | -            |
| Outubro   | -              | Outubro   | -            |
| Novembro  | -              | Novembro  | -            |
| Dezembro  | -              | Dezembro  | -            |

## 8 – OBRIGAÇÕES:

### 8.1 – Da concedente

- I – Realizar o repasse (parcela única) do recurso, na modalidade fundo a fundo;
- 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 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 SMS bem como do recebimento do recurso pela SES, por meio dos documentos de homologação do plano de trabalho publicados 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.

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 no 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.

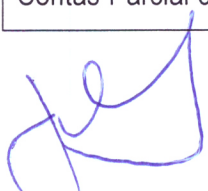
III – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;

IV – Realizar a prestação de contas da utilização dos recursos repassados pela Concedente;

V – Movimentar os recursos recebidos pelo Plano de Trabalho 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

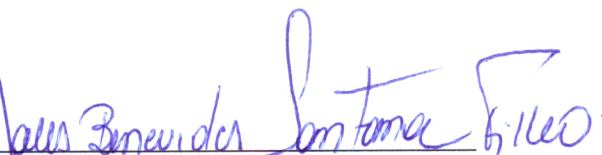


parcelas recebidas quando os recursos forem liberados na forma de parcelas ou após 6 (seis) meses da sua transferência. Quando a liberação dos recursos ocorrer em 3 (três) ou mais parcelas, a prestação de contas parcial referente à primeira parcela é condição para a liberação da terceira e a prestação 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Jales Benevides Santana Filho**

Presidente da Associação de Combate ao Câncer em Goiás

#### 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ELINNER ROSA DE ALMEIDA SILVA E GONÇALVES:  
00891158138

ELINNER ROSA DE ALMEIDA SILVA E GONÇALVES:  
VES:00891158138  
2023.11.29 09:09:32-03'00'

**Elliner Rosa de Almeida Silva e Gonçalves**  
Secretária Municipal de Saúde de Anápolis

## 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.