



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**INHUMAS**

Ofício nº 44 / 2023.

Inhumas/GO, 17 de fevereiro de 2023

A Sua Excelência Sr.

**Sérgio Alberto Cunha Vencio**

Secretário de Estado da Saúde

Estado de Goiás

**Assunto:** Encaminhamento de documentação referente a emenda parlamentar impositiva nº 585

**Processo SEI:** 202300010002693

Senhor Secretário,

Encaminho a Vossa Excelência o plano de trabalho e documentação complementar pleiteando recursos financeiros para a execução da Emenda Parlamentar Impositiva nº 585, objetivando recursos de custeio para a saúde. Segue anexo:

- a) Plano de Trabalho;
- b) RG, CPF e Comprovante de endereço do Prefeito;
- c) Termo de posse do Prefeito;
- d) RG, CPF e Comprovante de endereço do Secretário(a) Saúde;
- e) Decreto de nomeação do Secretário(a) Saúde;
- f) Portaria de adesão aos compromissos de gestão municipal;
- g) Relatório anual de gestão - RAG
- h) SIOPS;
- i) Comprovante de abertura de conta convênio específica;
- j) Planilha detalhada de custos.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos renovando protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
**PATRÍCIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY**  
Gestora do Fundo Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**INHUMAS**

**PLANO DE TRABALHO**

**1-CONCEDENTE**

|                                                                    |                                     |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Órgão:<br><b>Secretaria de Estado da Saúde de Goiás</b>            | CNPJ:<br><b>02.529.964/0001-57</b>  |
| Gestor:<br><b>Sérgio Alberto Cunha Vencio</b>                      | Processo:<br><b>202300010002693</b> |
| Endereço:<br><b>Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO</b> |                                     |

**2-IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

|                                                                                              |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nome:<br><b>Fundo Municipal de Saúde de Inhumas</b>                                          | CNPJ do FMS:<br><b>07.222.467/0001-25</b> |
| Gestor:<br><b>PATRÍCIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY</b>                                          | CPF:<br><b>003.981.471-83</b>             |
| Endereço:<br><b>RUA CEL. SIZELISIO LIMA, N. 490, CENTRO Inhumas</b>                          |                                           |
| Dados bancários:<br>Banco: <b>104</b> Agência: <b>1251-3</b> Conta-Corrente: <b>71.312-8</b> |                                           |

**3-DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA**

|                                                                                                         |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Unidade:<br><b>FARMACIA BASICA CENTRAL DE INHUMAS</b>                                                   | CNES:<br><b>9885609</b>                               |
| Endereço:<br><b>AV WILSON QUIRINO DE ANDRADE, 450, Bairro ANHANGUERA</b>                                |                                                       |
| Cidade:<br><b>Inhumas</b>                                                                               | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Municipal |
| Serviços ofertados:<br>(X)Ambulatorial   ( )Internação   ( )UTI   ( )SADT   ( ) Hospital dia<br>Outros: |                                                       |



# PREFEITURA MUNICIPAL DE **INHUMAS**

## 4-DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                            |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Título do Projeto: Plano de Fortalecimento<br><b>Custeio Saúde</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Período de execução        |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Início:<br><b>FEV/2023</b> | Término<br><b>FEV/2024</b> |
| Identificação do objeto:<br><b>Custeio Saúde</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                            |
| Justificativa:<br><p>O Município de Inhumas dispõe de um Sistema de Saúde que cobre a Atenção Primária, que desempenha atividades de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, mantendo serviços prestados tanto na Zona Rural quanto na Zona Urbana, por meio dos programas, Estratégia da Saúde da Família (ESF), Programa da Saúde Bucal (PSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). E na Média Complexidade de 1º, 2º e 3º nível de referência nas Unidades ou Serviços que desempenham ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos.</p> <p>Conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Secretaria de Saúde, o município situa-se na Macrorregião Centro-Oeste e pertence à Região de Saúde Central, possuindo como polo de referência o município de Goiânia/GO. Em conformidade com o PDR, Inhumas caracteriza-se como sede de módulo assistencial dos municípios de Araçu, Caturai, Damolândia, Itaguari, Itauçu, Petrolina, Santa Rosa e Taquaral que, juntos, perfazem uma população referenciada de 93.209 habitantes.</p> <p>Objetivamos através desta ação melhorar a qualidade de atendimento do SUS aos nossos cidadãos, propiciando o atendimento merecido por nossa comunidade. A aquisição dos insumos solicitados propiciarão, via farmácia básica municipal, a rápida distribuição na rede municipal de saúde dos medicamentos solicitados.</p> |                            |                            |

## 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, Clínica Geral, Obstetrícia<br>Cirúrgica, Pediatria Clínica | 0          | 0          |      |
| Capacidade instalada -<br>Meta - 100% da capacidade                        |            |            |      |

### ATENDIMENTO

| Descrição                         | Quantidade realizada/mês |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Prontuários Abertos               |                          |
| Pacientes Atendidos               |                          |
| Consultas Médicas                 |                          |
| Cirurgias Realizadas              |                          |
| Internações                       |                          |
| Punção para Mielogramas           |                          |
| Farmacêuticos Contratados         |                          |
| Enfermeiros Contratados           |                          |
| Técnico de Enfermagem Contratados |                          |

Prefeitura Municipal de Inhumas  
Processo nº 202300010002693

**6-VALOR DO PROJETO**

|                                     |               |
|-------------------------------------|---------------|
| Valor Global: R\$ <b>100.000,00</b> | Valor Mensal: |
|-------------------------------------|---------------|

**7-CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

| ANO: <b>2023</b> |                   | ANO: <b>2024</b> |              |
|------------------|-------------------|------------------|--------------|
| Mês              | Valor em R\$      | Mês              | Valor em R\$ |
| Janeiro          |                   | Janeiro          |              |
| Fevereiro        |                   | Fevereiro        |              |
| Março            | <b>100.000,00</b> | Março            |              |
| Abril            |                   | Abril            |              |
| Maio             |                   | Maio             |              |
| Junho            |                   | Junho            |              |
| Julho            |                   | Julho            |              |
| Agosto           |                   | Agosto           |              |
| Setembro         |                   | Setembro         |              |
| Outubro          |                   | Outubro          |              |
| Novembro         |                   | Novembro         |              |
| Dezembro         |                   | Dezembro         |              |

**8-ORIGAÇÕES****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.  
III – Realizar os repasses dos recursos recebidos da concedente a unidade assistida em ate 5 (cinco) dias uteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde

**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 do Fundo Municipal de Saúde, conforme o caso;

**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 de 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 beneficiários, 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 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, a cada 6

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.

Inhumas/GO, 17 de fevereiro de 2023



**PATRÍCIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY**  
Gestora do Fundo Municipal de Saúde

### 11 - DECLARAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL 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.

Inhumas/GO, 17 de fevereiro de 2023



**PATRÍCIA PALMEIRA DE BRITO FLEURY**  
Gestora do Fundo Municipal de Saúde

### 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.