



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: 202300010002698   |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                             |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                                  |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome: <b>Fundo Municipal De Saúde de Pontalina</b>                                                               | CNPJ do FMS:<br>11.116.368/0001-40 |
| Gestor: Sebastião Vieira Rosa                                                                                    | CPF: 158924331-53                  |
| Endereço: Avenida Azarias Jorge, Q. 39, Centro, Pontalina                                                        |                                    |
| Dados bancários:<br>Banco: Caixa Econômica Federal<br>Agência: 4736                      Conta-corrente: 71319-0 |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                              |  |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|
| Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL DE PONTALINA                                                                                     |  | CNES: 2383942                  |
| Endereço: RUA GOIANIA Nº490 - Centro                                                                                         |  |                                |
| Cidade: Pontalina - Goiás                                                                                                    |  | Esfera Administrativa: Pública |
|                                                                                                                              |  | Natureza:                      |
| Serviços ofertados:<br>( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |  |                                |

### 4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Título do projeto: Custeio na Área da Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Período de execução: 01(um) ano |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Início:<br>Fevereiro/2023       | Término:<br>Janeiro/2024 |
| Identificação do objeto: Custeio na Área da Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                          |
| <p>Justificativa:</p> <p>Pontalina é um município que tem 78 anos, com projeção populacional estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2019 de 17.860.</p> <p>Em sua rede de atenção básica possui uma cobertura de 100% de acompanhamento, contando com 5 ESFs, e 01 Academia da Saúde. Em se tratando da média e alta complexidade o município possui 01 laboratório público Municipal e um Hospital de pequeno porte, um CAPS -1, uma UPA-1, um CRAN (CENTRO DE REABILITAÇÃO AULIO NEVES.</p> <p>Com a compra destes medicamentos daremos melhor atendimento aos pacientes e assim resolver vários problemas dentro do Hospital informado acima, garantindo a oferta de serviços para os usuários do Sistema Único de Saúde, conforme planilha anexa.</p> <p>Diante do exposto, solicita recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atender a demanda do município de Pontalina – GO, conforme planilhas anexas.</p> |                                 |                          |

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

### LEITOS

|                                                                                   |               |            |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|------|
| 1 – Internação hospitalar                                                         |               |            |      |
| parâmetros: taxa de ocupação: 90%                                                 |               |            |      |
| Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica | Quantidade 15 | Leitos/dia | Meta |
| Capacidade instalada -                                                            |               |            |      |
| Meta – 100% da capacidade                                                         |               |            |      |

### ATENDIMENTO

| Descrição                                                        | Quantidade realizada/mês |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Atendimento de urgência/emergência                               | 300                      |
| Atendimento ambulatorial – consultas                             | 1.000                    |
| Procedimentos cirúrgicos                                         | 20                       |
| 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                       |

## 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     | R\$ 100.000,00 | Março     |              |
| Abril     |                | Abril     |              |
| Maio      |                | 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.

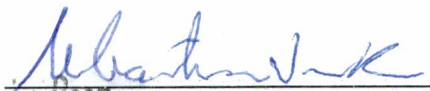
## 9 – DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

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.

Pontalina em 16 de março de 2023.

Assinatura:   
 Sebastião Vieira Rosa  
Secretário Municipal de Saúde      Secretário 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.