



**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>202300010002782 |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                              |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                      |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome:<br>Fundo Municipal de Saúde de Estrela do Norte - GO                           | CNPJ do FMS:<br>11.331.930/0001-44 |
| Gestora:<br>Dirlaine Fátima Rocha Garcia                                             | CPF:<br>841.948.801-10             |
| Endereço:<br>R JOSE COSTA LIMA, S/N, ANEXO PREFEITURA MUNICIPAL, CEP: 76.485-000     |                                    |
| Dados bancários:<br>Caixa Econômica Federal<br>Agência: 4496 Conta corrente: 71190-8 |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                                                  |                                                       |                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Unidade:<br>CENTRO DE SAÚDE ALEXANDRE NETO BOAVENTURA<br>CENTRO DE SAÚDE DE ESTRELA DO NORTE<br>HOSPITAL MUNICIPAL SAGRADO CORAÇÃO JESUS<br>ESTRELA DO NORTE     |                                                       | CNES:<br>7619359<br>2382881<br>2383322 |
| Endereço:<br>RUA ABEL JOSE DE ALMEIDA Nº05 QD 01 LT 01 - SETOR RODOVIÁRIO<br>AV GONCALVES DIAS ESQ C RUA 07 Nº 3923 – CENTRO<br>AV BERNARDO SAYAO Nº962 - CENTRO |                                                       |                                        |
| Cidade:<br>Estrela do Norte - GO                                                                                                                                 | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Municipal |                                        |
| Serviços ofertados:<br>(x) Ambulatorial (x) Internação ( )UTI ( ) SADT (x) Hospital Dia e Noite                                                                  |                                                       |                                        |

### 4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                            |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| Título do projeto:<br>Programa de fortalecimento                                                                                                                                                                                                                                                  | Período de execução: 1 ano |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Início: 12/2023            | Término: 12/2024 |
| Identificação do objeto:<br>Custeio para área da saúde do município de Estrela do Norte - GO                                                                                                                                                                                                      |                            |                  |
| Justificativa:<br><br>O município de Estrela do Norte possui uma população estimada de 3.205 habitantes, justifica-se a necessidade de aquisição de Combustível para manter o abastecimento da frota de veículos da saúde onde atende o transporte dos pacientes e da equipe médica do município. |                            |                  |

## 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<br>-          | Leitos/dia<br>- | Meta<br>- |
| Capacidade instalada -                                                            |                          |                 |           |
| Meta – 100% da capacidade                                                         |                          |                 |           |
|                                                                                   |                          |                 |           |
| ATENDIMENTO                                                                       |                          |                 |           |
| Descrição                                                                         | Quantidade realizada/mês |                 |           |
| Atendimento de emergência e urgência                                              | -                        |                 |           |
| Atendimento ambulatorial – consultas                                              | -                        |                 |           |
| Procedimento cirúrgicos                                                           | -                        |                 |           |
| SADT – Radiologia                                                                 | -                        |                 |           |
| SADT- Análise clínicos                                                            | -                        |                 |           |
| SADT – Eletrocardiograma                                                          | -                        |                 |           |
| SADT – Ultrassonográfico                                                          | -                        |                 |           |
| Atos não médicos – Terapia ocupacional (profissionais contratados)                | -                        |                 |           |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissionais contratados)                       | -                        |                 |           |
| Psicologia (profissionais contratados)                                            | -                        |                 |           |
| Serviço Social (profissionais contratados)                                        | -                        |                 |           |

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                      |            |               |
|----------------------|------------|---------------|
| Valor global:<br>R\$ | 150.000,00 | 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   |                | Outubro   |              |
| Novembro  |                | Novembro  |              |
| Dezembro  | R\$ 150.000,00 | 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.

Estrela do Norte,

Assinatura:

  
**Dirlaine Fátima Rocha Garcia**  
Secretária de Saúde  
nº 008 de 04/01/2021

**Dirlaine Fátima Rocha Garcia**  
**Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Estrela do Norte – GO**

## 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.