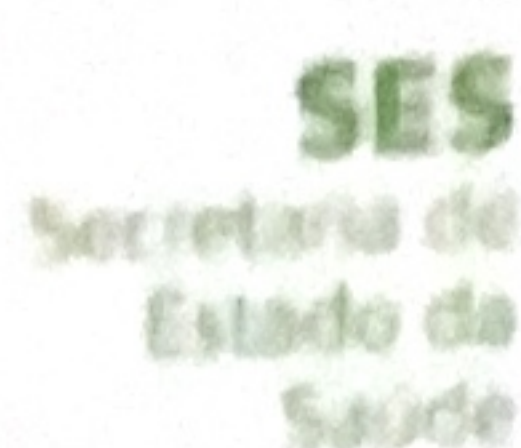




## PLANO DE TRABALHO

### 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: 202300010002849   |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                             |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                                      |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nome: <b>Fundo Municipal de Saúde Abadia de Goiás</b>                                                                | CNPJ do FMS:<br><b>08.654.446/0001-41</b> |
| Gestor: Pedro Ranna Ludovico de Almeida                                                                              | CPF: 027.969.501-23                       |
| Endereço: Rua Dr. Rui Alves Neiva, Esq. c/ a Av. Don Fellipe, APM 01, Setor Don Fellipe, CEP: 75.345-000.            |                                           |
| Dados bancários:<br>Banco: Caixa Econômica Federal<br>Agência: 1626          op:013          Conta-corrente: 87237-5 |                                           |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                              |                                             |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|
| Unidade: CAF CENTRAL DE ASSISTENCIA<br>FARMACEUTICA DE ABADIA DE GOIAS                                                       |                                             | CNES: 0975427 |
| Endereço: RUA DR ALVES NEIVA APM01 S/N BAIRRO DOM FILIPE                                                                     |                                             |               |
| Cidade: Abadia de Goiás                                                                                                      | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: |               |
| Serviços ofertados:<br>( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                             |               |

|                                                              |               |
|--------------------------------------------------------------|---------------|
| Unidade: CENTRO DE SAUDE ESPECIALIZADO DE<br>ABADIA DE GOIAS | CNES: 2361698 |
|--------------------------------------------------------------|---------------|



|                                                                                                                              |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Endereço: AV COMERCIAL QD 3 LT 7 12 CENTRO                                                                                   |                                             |
| Cidade: Abadia de 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 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>O município de Abadia de Goiás possui uma população de 8.958 habitantes. A rede de atenção primaria é fundamental para o resultado de saúde das pessoas e também das emendas que surgem para o serviço de média complexidade local considerando isso o município possui atualmente 4 ESF, 16 ACS e equipe multiprofissional, tais serviços resultam um impacto de 100% de cobertura da atenção básica no território. Além dessa estrutura básica o município possui um Centro Especializado, que atende os casos de urgência e emergência, onde são realizadas pequenas cirurgias e consultas especializadas (como: ginecologia, obstetrícia, cardiologista, psiquiatra, pediatria e cirurgião).</p> <p>A Central de Assistência Farmacêutica de Abadia de Goiás, inscrito no CNES sob nº 0975427 e o Centro de Saúde Especializado inscrito no CNES sob nº 2361698, necessita de incremento de recursos para o custeio, conforme listado na planilha anexa aos autos.</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                               | 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                       |
| Serviço Social (profissionais contratados)                       | 01                       |

6 – VALOR DO PROJETO

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Valor global: R\$ 400.000,00 | Valor mensal: |
|------------------------------|---------------|

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| ANO: 2023 |                | ANO: 2024 |              |
|-----------|----------------|-----------|--------------|
| Mês       | Valor em R\$   | Mês       | Valor em R\$ |
| Janeiro   |                | Janeiro   |              |
| Fevereiro | R\$ 400.000,00 | Fevereiro |              |
| Março     |                | 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



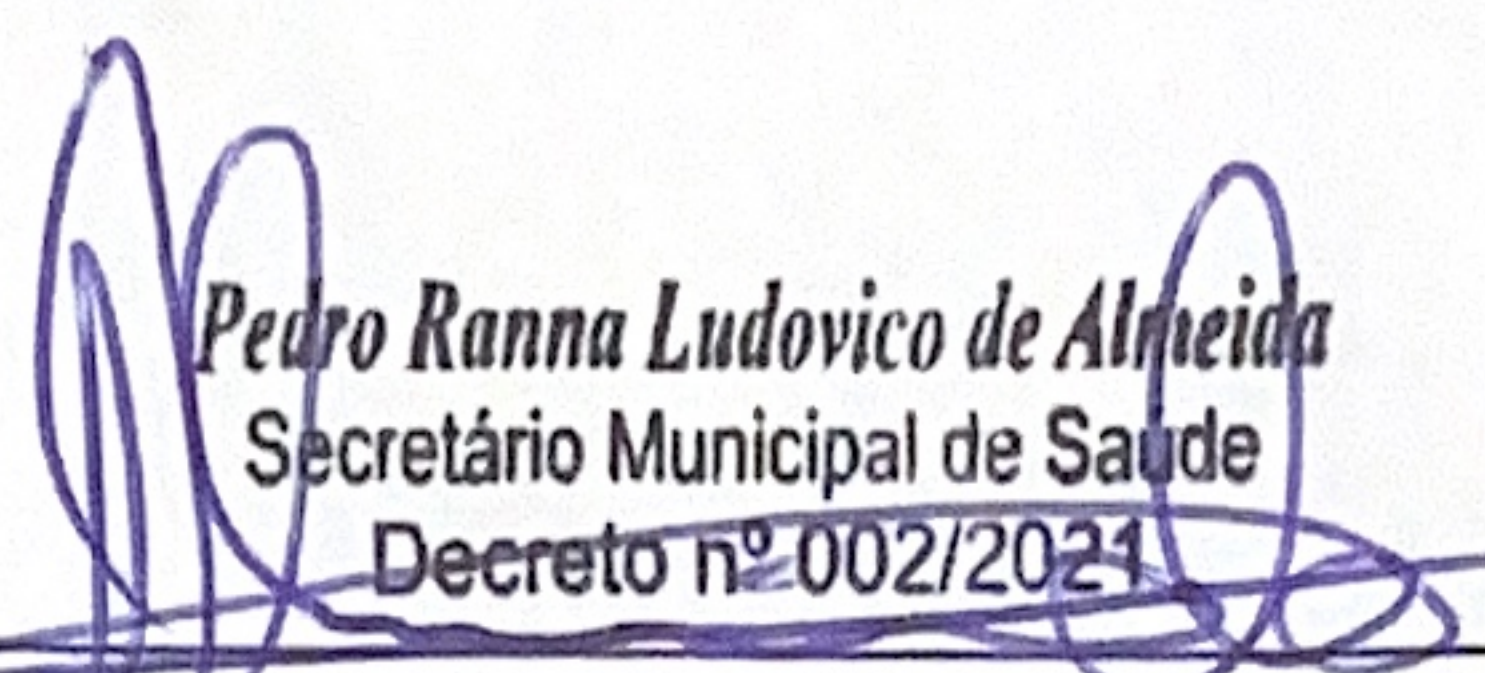
uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

#### 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.

Abadia de Goiás em 02/fevereiro/2023.

Assinatura: \_\_\_\_\_

  
Pedro Ranna Ludovico de Almeida  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto nº 002/2024  
Pedro Ranna Ludovico de Almeida  
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.