



**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>202300010002937 |
| 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 Diorama – GO                                              | CNPJ do FMS:<br>10.523.857/0001-40 |
| Gestor:<br>Rainegreise Garcia Santos                                                           | CPF:<br>029.732.231-13             |
| Endereço:<br>Rua Senador Pedro Ludovico, Centro, Qd. 17, N° 326 Diorama – Cep: 76.260-000      |                                    |
| Dados bancários:<br>Banco: Banco do Brasil<br>Agência: 632-7          Conta-corrente: 45.124-X |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                        |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Unidade:<br>HOSPITAL MUNICIPAL LUCI PEREIRA DE OLIVEIRA                                                                                | CNES:<br>2382032                                      |
| Endereço:<br>RUA ARAGUAIA, nº 364, CENTRO, CEP: 76260-000                                                                              |                                                       |
| Cidade:<br>Diorama – GO                                                                                                                | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Municipal |
| Serviços ofertados:<br>( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( X ) Hospital dia e noite<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                       |

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Título do projeto:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Período de execução: 1 ano |                     |
| Programa de fortalecimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Início:<br>03/2023         | Término:<br>03/2024 |
| Identificação do objeto:<br>Custeio para o município de Diorama - GO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                            |                     |
| Justificativa:<br>O Município de Diorama – GO conta com uma boa estrutura de atenção básica, porém como a maior parte da população depende do Sistema único de Saúde ( SUS), a demanda de atendimentos é muito grande, e os gastos com insumos, medicamentos e combustível para atender essa demanda acaba ficando muito alto, deixando as vezes de suprir a necessidade dos pacientes que dependem desse sistema e o atendimento fica a desejar, causando com isso a insatisfação desses usuários, sendo assim, solicitamos esse custeio para aquisição de insumos medicamentos e combustível para abastecimento do Hospital Municipal, visando a melhoria, agilidade e qualidade no atendimento prestado a população, melhorando e ampliando assim o impacto da atenção na média complexidade sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos usuários. |                            |                     |

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

| LEITOS                                                         |            |                          |      |
|----------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|------|
| 1 – Internação hospitalar<br>parâmetros: taxa de ocupação: 90% |            |                          |      |
| Descrição                                                      | Quantidade | Leitos/dia               | Meta |
| Cirurgia Geral                                                 | 01         | 04                       | -    |
| Clinica Geral                                                  | 08         | 06                       |      |
| Obstetrícia Cirúrgica                                          | 01         | 02                       |      |
| Neonatologia                                                   | 03         | 03                       |      |
| Obstetrícia Clínica                                            | 01         | 01                       |      |
| Capacidade instalada -                                         |            |                          |      |
| Meta – 100% da capacidade                                      |            |                          |      |
|                                                                |            |                          |      |
| ATENDIMENTO                                                    |            |                          |      |
| Descrição                                                      |            | Quantidade realizada/mês |      |
| Atendimento de urgência/emergência                             |            | 700                      |      |
| Atendimento ambulatorial – consultas                           |            | 250                      |      |
| Procedimentos cirúrgicos                                       |            | 06                       |      |
| SADT – radiologia                                              |            | 0                        |      |

|                                                                  |       |
|------------------------------------------------------------------|-------|
| SADT – análises clínicas                                         | 1.500 |
| SADT – Eletrocardiografia                                        | 70    |
| SADT – Ultrassonografia                                          | 60    |
| Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado) | 0     |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)        | 239   |
| Psicologia (profissionais contratados)                           | 52    |
| Serviço Social (profissionais contratados)                       | 0     |

## 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     | R\$ 150.000,00 | 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 – Suspende 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.

Diorama,

Assinatura:

  
**Rainegreise Garcia Santos**  
Secretária Municipal de Saúde  
CPF: 029.732.231-13  
Deteto: nº 013/2023  
**Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Diorama – 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.