



**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>202300010002989 |
| 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 Chapadão do Céu – GO                                           | CNPJ do FMS:<br>07.729.810/0001-22 |
| Gestor:<br>Fernanda de Souza Iembo Barbosa                                                          | CPF:<br>325.886.968-56             |
| Endereço:<br>AV Ema, QD 51, S/N, Centro, CEP: 75.828-000                                            |                                    |
| Dados bancários:<br>Banco: Caixa Econômica Federal<br>Agência: 4340 OP. 006 Conta-corrente: 71074-0 |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                      |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Unidade:<br>HOSPITAL MUNICIPAL SANTA LUZIA                                                                                           | CNES:<br>2438410                                      |
| Endereço:<br>AVENIDA ORION, S/N, CENTRO, CEP: 75828-000                                                                              |                                                       |
| Cidade:<br>Chapadão do Céu – GO                                                                                                      | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Municipal |
| Serviços ofertados:<br>( ) Ambulatorial (X) 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>04/2023         | Término:<br>04/2024 |
| Identificação do objeto:<br>Investimento para área da saúde do município de Chapadão do Céu – GO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                            |                     |
| Justificativa:<br>O Município de Chapadão do Céu tem uma população estimada de 10.797 habitantes, e tem uma boa estrutura da atenção básica, mas fica a desejar, quando se trata de atendimentos especializados, quando necessitam realizar os procedimentos de Média Complexidade, sendo que estes procedimentos em sua maioria, são pactuados com municípios vizinhos, causando com isso a insatisfação dos usuários e em consequência disto o acolhimento e a humanização no atendimento ficam a desejar. Com a aquisição deste equipamento, irá melhorar a qualidade e ampliar o impacto da atenção na Média Complexidade sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários. |                            |                     |

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

| LEITOS                                                                            |                          |                  |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|-------------|
| 1 – Internação hospitalar<br>parâmetros: taxa de ocupação: 80%                    |                          |                  |             |
| Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica | Quantidade<br>24         | Leitos/dia<br>02 | Meta<br>90% |
| Capacidade instalada -                                                            |                          |                  |             |
| Meta – 100% da capacidade                                                         |                          |                  |             |
|                                                                                   |                          |                  |             |
| ATENDIMENTO                                                                       |                          |                  |             |
| Descrição                                                                         | Quantidade realizada/mês |                  |             |
| Atendimento de urgência/emergência                                                | 300                      |                  |             |
| Atendimento ambulatorial – consultas                                              | 2.330                    |                  |             |
| Procedimentos cirúrgicos                                                          | 35                       |                  |             |
| SADT – radiologia                                                                 | -                        |                  |             |
| SADT – análises clínicas                                                          | -                        |                  |             |
| SADT – Eletrocardiografia                                                         | -                        |                  |             |
| SADT – Ultrassonografia                                                           | -                        |                  |             |
| Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)                  | 0                        |                  |             |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)                         | 0                        |                  |             |
| Psicologia (profissionais contratados)                                            | 0                        |                  |             |
| Serviço Social (profissionais contratados)                                        | 0                        |                  |             |

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                                 |               |
|---------------------------------|---------------|
| Valor global:<br>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     |                | Março     |              |
| Abril     | R\$ 100.000,00 | 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

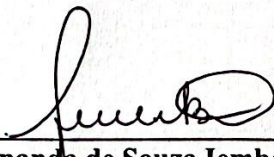
A Prestação de Contas, parcial ou final, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade fundo a fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais 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.

Chapadão do Céu,

Assinatura:



**Fernanda de Souza Iembo Barbosa**  
**Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Chapadão do Céu – 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.