



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



## PLANO DE TRABALHO

### 1 – CONCEDENTE

|                                                             |                                    |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Órgão:<br><b>Secretaria de Estado da Saúde de Goiás</b>     | CNPJ:<br><b>02.529.964/0001-57</b> |
| Gestor:<br>Sérgio Alberto Cunha Vencio                      | Processo: 202300010003060          |
| 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 Doverlândia</b>                                                 | CNPJ do FMS:<br><b>11.259.476/0001-68</b> |
| Gestor: Daniel Lima dos Santos                                                                       | CPF: 038.650.581-08                       |
| Endereço: Avenida Independência. Qd. 05, L. 07, nº 618, Setor Central, Doverlândia                   |                                           |
| Dados bancários:<br>Banco: Caixa Econômica Federal<br>Agência: 4735          Conta-corrente: 71235-0 |                                           |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                              |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Unidade: CENTRO DE SAUDE DE DOVERLANDIA                                                                                      | CNES: 2535289                               |
| Endereço: AV RIO DO PEIXE – CENTRO                                                                                           |                                             |
| Cidade: Doverlândia – 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><b>Justificativa:</b></p> <p>Doverlândia é um município que tem 38 anos, com projeção população estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2019 de 7.322 e possui 3.221,752 km² de extensão territorial.</p> <p>O Município de Doverlândia possui hoje, 01 (um) Centro de Saúde/Unidade Básica onde atuam 03 (três) Equipes da Saúde da Família, 03 (três) Equipes da Saúde Bucal e 21 (vinte um) Agente comunitários da Saúde. O Hospital Municipal Ariston Soares Da Rocha, inscrito no CNES nº 2441845, possui 24 (vinte e quatro) leitos, distribuídos entre Cirurgia Geral 2, Clínica Geral 11, Obstétrica Clínica 2, Obstétrica Cirúrgica 4, Pediatria Clínica.</p> <p>O município de Doverlândia possui pactuação com municípios de Santa Helena, Jataí, Rio Verde e Goiânia.</p> <p>Doverlândia tem grandes dificuldades para Custeio com recursos próprios, sendo assim, o custeio pleiteado que irá contribuir para as unidades de saúde do município, conforme planilha detalhada em anexa.</p> <p>Diante do exposto, solicita recursos para incremento no custeio e assim atender as necessidades da rede do Sistema Único de Saúde – SUS e garantir a oferta de serviços.</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 |
| Serviço Social (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 | R\$ 100.000,00 | 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.

Doverlândia em 07/fevereiro/2023.

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

  
Daniel Lima dos Santos  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto nº. 025/2021

## 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.