



**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>202300010003062 |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                              |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome: Fundo Municipal de Saúde de Firminópolis                                                      | CNPJ do FMS:<br>11.324.516/0001-08 |
| Gestor: João José Silvestre Portela                                                                 | CPF: 009.365.221-60                |
| Endereço: Avenida Goiânia nº371 – Centro Firminópolis                                               |                                    |
| Dados bancários:<br>Banco do Brasil<br>Agência: 2065-6                      Conta-corrente: 17550-1 |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                              |                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Unidade: CENTRO MUNICIPAL DE ATENCAO ESPECIALIZADA                                                                           | CNES: 9475443                               |
| Endereço: AVENIDA JONAS ROSA – CENTRO                                                                                        |                                             |
| Cidade: Firminópolis – GO                                                                                                    | 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: Aquisição de Micro-ônibus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Período de execução: 01(um) ano |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Início:<br>Março/2023           | Término:<br>Fevereiro/2024 |
| Identificação do objeto: Aquisição de Micro-ônibus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                            |
| <p>Justificativa:</p> <p>Firminópolis é uma cidade de Estado do Goiás. Os habitantes se chamam firminopolenses. O município se estende por 423,7 km<sup>2</sup> e contava com 13 292 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 31,4 habitantes por km<sup>2</sup> no território do município. Vizinho dos municípios de São Luís de Montes Belos, Turvânia e Adelândia, Firminópolis se situa a 11 km a Sul-Leste de São Luís de Montes Belos a maior cidade nos arredores. Situado a 672 metros de altitude, de Firminópolis tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 16° 34' 57" Sul, Longitude: 50° 18' 9" Oeste.</p> <p>Com a Aquisição deste Micro-ônibus facilitará o deslocamento dos pacientes, se toma difícil o transporte dos pacientes que na maioria se enquadram na realização de exames de alta complexidade que não são realizados em nosso município e precisa de transporte adequado. São munícipes carentes que advém de famílias pouco abastadas que lutam para alcançar a saúde plena, sendo esse item prioritário do planejamento da atual gestão, que prioriza oferecer aos pacientes um transporte gratuito, com dignidade, saúde e qualidade de vida, por essa ação que está sendo requerida, atenuando as dificuldades do transporte.</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\$ 420.000,00 | Valor mensal: |
|------------------------------|---------------|

## 7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| ANO: 2023 |                | ANO: 2024 |              |
|-----------|----------------|-----------|--------------|
| Mês       | Valor em R\$   | Mês       | Valor em R\$ |
| Janeiro   |                | Janeiro   |              |
| Fevereiro |                | Fevereiro |              |
| Março     | R\$ 420.000,00 | 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 – 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.

Firminópolis em 31 de março de 2023.

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

João José Silvestre Portela  
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.

