



Ofício nº 159

Iaciara 03/11/2023

Excelentíssimo senhor  
Sérgio Vencio  
Secretario de Estado de Saúde  
Goiânia GO

Cumprimentando-o respeitosamente, venho solicitar a vossa excelência os bons préstimos no sentido de dar andamento ao processo de número **202300010003141**, emenda parlamentar do deputado ex **Thiago Albernaz (Diretor Estadual)**, para custeio Iaciara Goiás pois o mesmo se encontra em tramitação.

Na certeza de que poderemos contar com seu importante apoio desde já agradecemos sua atenção e nos colocamos a disposição  
Segue em anexo a documentação exigida

Atenciosamente

  
Wagner Nery Sampaio  
Prefeito Municipal



SES  
Secretaria de  
Estado da  
Saúde



**Plano de Fortalecimento da Atenção Especializada Regionalizada do Estado de Goiás**

**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>Sergio Vêncio                                    | Processo: 202300010003141   |
| Endereço:<br>Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                             |
|                                                             |                             |

**2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE**

|                                                                       |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nome: <b>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE IACIARA</b>                      | CNPJ do FMS:<br><b>11.336.696/0001-48</b> |
| Gestor: Eidiane da Silva Soares                                       | CPF: 014.409.531-98                       |
| Endereço: Rua Satirio Ferreira dos Santos                             |                                           |
| Dados bancários: Agência 4782-1 Conta corrente Banco do Brasil 6448-3 |                                           |

**3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA**

|                                                                                                                                |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL DE IACIARA                                                                                         | CNES: 2534940                                         |
| Endereço: AVENIDA PEDRO ALEXANDRE DE OLIVEIRA                                                                                  |                                                       |
| Cidade: Iaciara - Goiás                                                                                                        | Esfera Administrativa: Municipal<br>Natureza: Pública |
| Serviços ofertados:<br>(x) Ambulatorial ( x ) Internação ( ) UTI (x) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                       |

#### 4 -DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Período: 02 ANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Início:<br>Junho de 2023 | Término:<br>Junho de 2025 |
| Identificação do objeto:( CUSTEIO) Aquisição de rouparia, e combustível                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                           |
| <p><b>Justificativa:</b></p> <p>O Município de Iaciara situa-se na Região do Nordeste Goiano a 469 km de Goiânia e 267 km de Brasília. A estrutura de Saúde do município é de 01 Hospital de pequeno porte e 03 Postos de Saúde sendo os dois na zona urbana com 03 equipes de Estratégia Saúde da Família, para proporcionar um atendimento hospitalar, clínico e laboratorial de qualidade para os munícipes. Para melhor atender à população em relação aos atendimentos de média e alta complexidade, que não são realizados nas Unidades Básicas de Saúde do município, os pacientes são encaminhados para esse hospital. É extremamente necessário realizar todas as adequações necessárias para garantir um atendimento de qualidade para a população, especialmente para aqueles que são conveniados pelo Sistema Único de Saúde, já que eles representam a grande maioria dos pacientes atendidos diariamente neste hospital. Durante a pandemia, o hospital tem enfrentado uma grande crise, o que torna necessário manter o atendimento na unidade 24 horas por dia, incluindo atendimento de urgência e emergência durante a noite e nos fins de semana. Infelizmente, devido à escassez de recursos, o Fundo Municipal de Saúde tem enfrentado dificuldades para financiar esses serviços. Por essa razão, gostaríamos de solicitar uma emenda parlamentar impositiva para ajudar a financiar o custeio do hospital, o que incluiria a aquisição de rouparia e combustível, para transportar os pacientes para as unidades de especialidades que ficam a 500 km de distância. Com essa ajuda, será possível melhorar significativamente o atendimento à população e reduzir o sofrimento dos usuários, proporcionando respostas mais rápidas às suas necessidades de saúde.</p> |                          |                           |

#### 5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

| LEITOS                                                          |            |            |      |
|-----------------------------------------------------------------|------------|------------|------|
| I – Internação hospitalar<br>parâmetros: taxa de ocupação: 90%  |            |            |      |
| Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, | Quantidade | Leitos/dia | Meta |



|                                   |                          |  |  |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--|
| Pediatria Clínica                 |                          |  |  |
| Capacidade instalada -            | 16                       |  |  |
| Meta – 100% da capacidade         |                          |  |  |
| <b>ATENDIMENTO</b>                |                          |  |  |
| Descrição                         | Quantidade realizada/mês |  |  |
| Prontuários Abertos               | 100                      |  |  |
| Pacientes Atendidos               | 500                      |  |  |
| Consultas Médicas                 | 1.250                    |  |  |
| Cirurgias Realizadas              | 0                        |  |  |
| Internações                       | 58                       |  |  |
| Punção para Mielogramas           | 0                        |  |  |
| Farmacêuticos Contratados         | 01                       |  |  |
| Enfermeiros Contratados           | 05                       |  |  |
| Técnico de Enfermagem Contratados | 11                       |  |  |

#### 6 – VALOR DO PROJETO

|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| Valor global: 200.000,00 | Valor Mensal: |
|--------------------------|---------------|

#### 7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| ANO: 2023 |             | ANO: 2025 |             |
|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Mês       | Valor em RS | Mês       | Valor em RS |
| Janeiro   | -           | Janeiro   |             |
| Fevereiro | -           | Fevereiro |             |
| Março     | -           | Março     |             |
| Abril     | -           | Abril     |             |
| Maio      | -           | Maio      |             |
| Junho     |             | Junho     | -           |
| Julho     |             | Julho     | -           |
| Agosto    |             | Agosto    |             |
| Setembro  |             | Setembro  | -           |
| Outubro   |             | Outubro   | -           |
| Novembro  |             | Novembro  | -           |
| Dezembro  | 200.000,00  | 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 pelo Proponente.
- III – Realizar os repasses dos recursos recebidos da concedente a unidade assistida em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde



## 8.2 – Do Fundo De Saúde

- I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
- II – Realizar os repasses dos recursos recebidos da Concedente à Proponente em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde;

## 8.3 – Da Unidade Assistida

- I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas, as vagas disponibilizadas deverão ser ocupadas a critério da SMS, inexistindo recusa por parte da entidade assistida, sob pena de abertura de processo de irregularidades e/ou medidas judiciais cabíveis.
- II – 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 à 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.
- III – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;
- IV – Realizar a prestação de contas da utilização dos recursos repassados pela Concedente, a cada 6 parcelas;
- V – 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 DA UNIDADE ASSISTIDA

Na qualidade de representante legal da Unidade Assistida, 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.

  
Diretor da Unidade assistida

Iaciara Goiás em 03/11/2023

#### 11 DECLARAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

Na qualidade de Gestor do Fundo Municipal de Saúde, da Secretária Municipal de Saúde interveniente, devidamente qualificada neste plano de trabalho, declaro estar ciente do teor do presente e de acordo com o mesmo.

  
Secretaria de Saúde

Iaciara Go em 03/11/2023

#### 12 – 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,