



## 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 Vêncio                      | Processo: 202300010003150   |
| 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 Flores de Goiás</b>                                                                   | CNPJ do FMS:<br><b>11.479.852/0001-20</b> |
| Gestor: Fernanda Costa Spindola                                                                                            | CPF: 010.962.691-55                       |
| Endereço: Rua 06, Qd. 14; Lt. 06; Setor Nova Flores; Flores de Goiás/GO; CEP: 73890-000                                    |                                           |
| <b>Dados Bancários:</b><br><b>Banco: Caixa Econômica Federal</b><br><b>Agência: 377-8 OP: 006 Conta-Corrente: 75.812-4</b> |                                           |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                       |                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Unidade: Hospital Municipal de Flores de Goiás                                                                                        | CNES: 2535327                                                   |
| Endereço: Rua 06, s/n, Nova Flores; CEP: 73890-000                                                                                    |                                                                 |
| Cidade: Flores de Goiás/GO                                                                                                            | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Sem fins lucrativos |
| Serviços ofertados:<br>(X) Ambulatorial (X) Internação ( ) UTI (X) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: Urgência |                                                                 |

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Título do projeto: Aquisição de um veículo do tipo van                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Período de execução: 01(um) ano |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Início:<br>Novembro/2023        | Término:<br>Outubro/2024 |
| Identificação do objeto: Aquisição de um veículo do tipo van                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                 |                          |
| <p>Justificativa:</p> <p>O Hospital Municipal de Flores de Goiás é um hospital geral de pequeno porte e oferece serviços ambulatorial, internação e urgência e emergência. Com a aquisição do veículo pleiteado no processo em questão será possível realizar o transporte agendado dos pacientes de redes de serviços de saúde desta municipalidade e assim atender as necessidades dos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.</p> <p>Neste contexto, é importante garantir a implementação de políticas públicas que visem à valorização da qualidade de vida da população, principalmente nos núcleos populacionais que não possuem acesso fácil à sede do município. Pelas razões explícitas, está claro o interesse da administração pública municipal bem como da Estadual à promoção do acesso de qualidade aos serviços de saúde oferecidos no município.</p> |                                 |                          |

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

| LEITOS                               |                          |            |      |
|--------------------------------------|--------------------------|------------|------|
| 1 – Internação hospitalar            |                          |            |      |
| parâmetros: taxa de ocupação: 90%    |                          |            |      |
| Descrição Cirurgia Geral, Clínica    | Quantidade               | Leitos/dia | Meta |
| Geral, Obstetrícia Cirúrgica,        | 07                       | 210        | 07   |
| Pediatria Clínica                    |                          |            |      |
| Capacidade instalada -               |                          |            |      |
| Meta – 100% da capacidade            |                          |            |      |
| ATENDIMENTO                          |                          |            |      |
| Descrição                            | Quantidade realizada/mês |            |      |
| Atendimento de urgência/emergência   | 1.500                    |            |      |
| Atendimento ambulatorial – consultas | 200                      |            |      |
| Procedimentos cirúrgicos             | 20                       |            |      |
| SADT – radiologia                    | 200                      |            |      |
| SADT – análises clínicas             | 1.500                    |            |      |
| SADT – Eletrocardiografia            | 50                       |            |      |
| SADT – Ultrassonografia              | 30                       |            |      |

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado) | -  |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)        | 01 |
| Psicologia (profissionais contratados)                           | 01 |
| Serviço Social (profissionais contratados)                       | 01 |

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Valor global: R\$ 350.000,00 | 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     | -              | Abril     | -            |
| Maio      | -              | Maio      | -            |
| Junho     | -              | Junho     | -            |
| Julho     | -              | Julho     | -            |
| Agosto    | -              | Agosto    | -            |
| Setembro  | -              | Setembro  | -            |
| Outubro   | -              | Outubro   | -            |
| Novembro  | R\$ 350.000,00 | 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.

Flores de Goiás/GO, 27 de novembro de 2023.

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



**Fernanda Costa Spindola**  
Secretária Municipal de Saúde e  
Gestora do Fundo Mun. de Saúde  
Decreto Nº 010/2021

**Fernanda Costa Spindola**  
Secretária Municipal de Saúde  
Gestora do Fundo 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.