

## 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>DR. RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR               | Processo:<br><br>202400010004549 |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                                  |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                   |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVO BRASIL – GO                                | CNPJ do FMS:<br><br>11.260.263/0001-56 |
| Gestor:<br>WALISSON RANGEL ALVES MOREIRA                                          | CPF:<br>010.723.331-20                 |
| Endereço:<br>PRAÇA DEGIR MIRANDA TELES, SN, CENTRO, CEP 76.285-000.               |                                        |
| Dados bancários:<br>Banco: 104<br>Agência: 1240 - 8      Conta-corrente: 71.336-5 |                                        |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                    |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Unidade: Hospital<br>HOSPITAL JULIO NATALICIO DE LIMA                                                                              | CNES:<br>2382237                                  |
| Endereço:<br>PRAÇA BRASIL RAMOS CAIADO, SETRO CENTRAL, CEP: 76.285-000, NOVO BRASIL GO.                                            |                                                   |
| Cidade:<br>NOVO BRASIL GO.                                                                                                         | Esfera Administrativa: PÚBLICA<br>Natureza: SAÚDE |
| Serviços ofertados:<br>( X ) Ambulatorial ( X ) Internação ( ) UTI ( X ) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                   |

### 4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                            |                               |          |
|----------------------------|-------------------------------|----------|
| Título do projeto: CUSTEIO | Período de execução: 12 MESES |          |
|                            | Início:                       | Término: |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | JUNHO/2024 | MAIO/2025 |
| Identificação do objeto: CUSTEIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |           |
| AQUISIÇÃO DE MATERIAIS PARA REFORMA DO HOSPITAL MUNICIPAL JULIO NATALICIO DE LIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |           |
| <p>Justificativa:</p> <p>O Município de NOVO BRASIL GO. tem uma boa estrutura da Atenção Básica e Hospitalar contando com 01 Hospital Municipal, 02 PSFs e 01 Equipe do NASF, mas fica a desejar, quando se trata da estrutura física do Hospital, É importante frisar que a construção necessita de reforma devido ao período de depreciação da área construída, principalmente na pintura da unidade, que nesse período chuvoso aparecem muitas infiltrações, prejudicando assim a execução das atividades desenvolvidas no Hospital Municipal, sendo, desse, modo, elementos essenciais para a execução, com qualidade, eficiência e rapidez, dos serviços e atividades inerentes ao atendimento, devido ao crescimento da demanda por serviços na área da saúde nos últimos anos, o município de Novo Brasil – GO, vem buscando a melhoria constante do atendimento ofertado aos pacientes do SUS.</p> |            |           |

## 5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA

| LEITOS                                                                            |                          |               |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|------|
| 1 – Internação hospitalar                                                         |                          |               |      |
| parâmetros: taxa de ocupação: 90%                                                 |                          |               |      |
| Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica | Quantidade<br>50         | Leitos/dia 14 | Meta |
| Capacidade instalada -                                                            |                          |               |      |
| Meta – 100% da capacidade                                                         |                          |               |      |
| ATENDIMENTO                                                                       |                          |               |      |
| Descrição                                                                         | Quantidade realizada/mês |               |      |
| Prontuários Abertos                                                               | 12                       |               |      |
| Pacientes Atendidos                                                               | 280                      |               |      |
| Consultas Médicas                                                                 | 179                      |               |      |
| Cirurgias Realizadas                                                              | 01                       |               |      |
| Internações                                                                       | 15                       |               |      |
| Punção para Mielogramas                                                           | 0                        |               |      |
| Farmacêuticos - Efetivo                                                           | 2                        |               |      |
| Enfermeiros - Efetivos                                                            | 5                        |               |      |
| Técnico de Enfermagem - Efetivos                                                  | 14                       |               |      |
| Fisioterapeuta - Efetivos                                                         | 2                        |               |      |
| Nutricionista - Efetivo                                                           | 1                        |               |      |
| Psicólogo - Efetivo                                                               | 1                        |               |      |

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| Valor global: R\$ 50.000,00 | Valor Mensal: |
|-----------------------------|---------------|

## 7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| ANO: 2024 |              | ANO: 2025 |              |
|-----------|--------------|-----------|--------------|
| Mês       | Valor em R\$ | Mês       | Valor em R\$ |
| Janeiro   | -            | Janeiro   |              |
| Fevereiro | -            | Fevereiro |              |
| Março     | -            | Março     |              |
| Abril     | -            | Abril     |              |
| Maio      | -            | Maio      |              |
| Junho     | 50.000,00    | 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 – Suspende 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, 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 Final, 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.

Novo Brasil-GO em 04/06/2024

WALISON RANGEL ALVES MOREIRA  
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.