



**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>Rasível dos Reis Santos Júnior                   | Processo:<br>202400010004639 |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                              |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome:<br>Fundo Municipal de Saúde de Campos Belos – GO                                              | CNPJ do FMS:<br>10.462.799/0001-91 |
| Gestor:<br>Suyanny Ferreira da Silva                                                                | CPF:<br>043.526.521-05             |
| Endereço:<br>R Adelino J. Santos - Qd P, Lt 10 - Snº - Centro - CEP: 73.840-000                     |                                    |
| Dados bancários:<br>Banco do Brasil<br>Agência: 2400-7                      Conta-corrente: 24599-2 |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                     |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Unidade:<br>Hospital Municipal Anjo Rodrigues Galvão                                                                                | CNES:<br>2383233                                      |
| Endereço:<br>R. Cel. José Licínio de Miranda, S/N - CENTRO, Campos Belos - GO, 73840-000                                            |                                                       |
| Cidade:<br>Campos Belos - GO                                                                                                        | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Municipal |
| Serviços ofertados:<br>(x ) Ambulatorial ( x ) Internação ( ) UTI ( x ) SADT ( x ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                       |

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Título do projeto:<br>Programa de fortalecimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Período de execução: 12 mese |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Início:<br>04/2024           | Término:<br>03/2025 |
| Identificação do objeto:<br>Custeio na Área da Saúde do município de Campos Belos - GO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                              |                     |
| Justificativa:<br>O município de Campos Belos – GO possui uma população estimada de 18.108 mil habitantes, e conta com uma boa estrutura de atenção básica, porém como a maior parte da população depende do Sistema único de Saúde ( SUS), Com essa demanda significativa de atendimentos de saúde, é crucial que os veículos da saúde estejam prontamente disponíveis para responder a emergências médicas e fornecer atendimento urgente quando necessário. O combustível é essencial para garantir que esses veículos possam ser mobilizados rapidamente e atender às necessidades da população, especialmente em situações críticas, incluindo o transporte de pacientes para consultas médicas, exames, tratamentos e procedimentos cirúrgicos, bem como o transporte de suprimentos médicos e equipes de saúde para áreas onde são necessários. |                              |                     |

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

| LEITOS                                                                            |                          |               |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|---------|
| 1 – Internação hospitalar<br>parâmetros: taxa de ocupação: 90%                    |                          |               |         |
| Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica | Quantidade<br>121        | Leitos/dia 30 | Meta 80 |
| Capacidade instalada -                                                            | 29                       | 15            | 51,72%  |
| Meta – 100% da capacidade                                                         | 80%                      | 15%           | 90%     |
| ATENDIMENTO                                                                       |                          |               |         |
| Descrição                                                                         | Quantidade realizada/mês |               |         |
| Atendimento de urgência/emergência                                                | 300                      |               |         |
| Atendimento ambulatorial – consultas                                              | 5.615                    |               |         |
| Procedimentos cirúrgicos                                                          | 54                       |               |         |
| SADT – radiologia                                                                 | 100                      |               |         |
| SADT – análises clínicas                                                          | -                        |               |         |
| SADT – Eletrocardiografia                                                         | 50                       |               |         |
| SADT – Ultrassonografia                                                           | -                        |               |         |
| Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)                  | 8.500                    |               |         |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)                         | 01                       |               |         |
| Psicologia (profissionais contratados)                                            | 01                       |               |         |
| Serviço Social (profissionais contratados)                                        | 01                       |               |         |

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                                 |               |
|---------------------------------|---------------|
| Valor global:<br>R\$ 173.804,28 | 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     | R\$ 173.804,28 | 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, 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.

## 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.

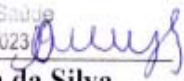
## 10 – DECLARAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

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.

Campos Belos em 04 / 04 / 2024.

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

Suyanny Ferreira da Silva  
Sec. Municipal de Saúde  
Portaria: Nº 494/2023

  
**Suyanny Ferreira da Silva**

## 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.