



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: Rasivel dos Reis Santos Júnior	Processo: 202400010004658
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Inaciolândia	CNPJ do FMS: 11.474.036/0001-23
Gestor: Paulo César Sisdelli	CPF: 108.628.088/12
Endereço: Rua Alvino Silvestre de Oliveira, nº 93A, Dinomar Riberio, CEP: 75.550-000, Inaciolândia - GO	
Dados bancários: Banco: 001 (Banco do Brasil) Agência: 3862-8 Conta-corrente: 17070-4	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: Hospital Municipal Jorge Assad Salles		CNES: 2438291
Endereço: Avenida Goiás S/N, Dinomar Ribeiro, CEP: 75.550-000.		
Cidade: Inaciolândia - GO	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Pública	
Serviços ofertados: (X) Ambulatorial (X) Internação () UTI () SADT () Hospital dia ☐ Outros:		

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Custeio Saúde	Período de execução: 12 meses	
	Início: 12/03/2024	Término: 12/03/2025
Identificação do objeto: Aquisição de combustível e medicamentos para o Fundo Municipal de Saúde de Inaciolândia - GO.		
Justificativa: Localizado no Sudoeste Goiano, o município de Inaciolândia fica a 292 Km de distância de Goiânia, principal acesso da atenção especializada e de outros serviços de maior complexidade. No entanto, a Gestão tem cada vez mais se preocupado com a melhoria do acesso e resolutividade dos serviços de saúde da atenção especializada. Torna-se imprescindível a ação que propomos neste pleito a fim de buscarmos financiamento junto a SES e através de emenda parlamentar para o custeio dos serviços de saúde deste município. Essa ação contribuirá de sobremaneira no atendimento mais resolutivo e humanizado, pois para a melhoria do serviço de saúde faz-se necessário formatar parcerias entre as esferas de governo, e neste plano de trabalho propomos a proximidade e a união entre município e estado no enfrentamento das demandas de saúde. Os recursos pleiteados serão utilizados para a aquisição de combustível e medicamentos para atender a demanda do Fundo Municipal de Saúde. O combustível será utilizado para o abastecimento de veículos do Fundo Municipal de Saúde. Os medicamentos serão utilizados durante toda a vigência do plano de trabalho de acordo com a necessidade da unidade assistida para o bom desempenho das atividades diárias e um melhor atendimento à população usuária do SUS. Desta forma, esses recursos somarão com os recursos municipais que serão direcionados ao fortalecimento do SUS, melhorando os serviços prestados e garantindo aos usuários atendimento de excelência.		

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 14	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada - Meta – 100% da capacidade			



ATENDIMENTO	
Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	769
Atendimento ambulatorial – consultas	1.190
Procedimentos cirúrgicos	355
SADT – radiologia	228
SADT – análises clínicas	0
SADT – Eletrocardiografia	64
SADT – Ultrassonografia	43
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	0
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	0
Psicologia (profissionais contratados)	181
Serviço Social (profissionais contratados)	24

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 200.000,00	Valor mensal: R\$ 200.000,00
------------------------------	------------------------------

7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

ANO: 2024		ANO: 2025	
Mês	Valor em R\$	Mês	Valor em R\$
Janeiro		Janeiro	
Fevereiro		Fevereiro	
Março	R\$ 200.000,00	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, 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.

Inaciolândia em 12/03/2024.

PAULO CESAR SISDELLI
Secretário Municipal de Saúde
Portaria 0673/2022 de 01/02/2022

Assinatura: _____

PAULO CESAR SISDELLI

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.

☐ Visualizar Pix agrupados



Extrato de Conta Corrente

G338050905350691061
05/03/2024 09:28:23

Ciente - Conta atual

Agência 3862-8
Conta corrente 17070-4 FUNDO M S INACIOLANDIA
Período do extrato de 01 / 02 / 2024 até 29 / 02 / 2024

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
26/02/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
29/02/2024		0000	00000	999 S A L D O			0,00 C

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JE671920 GESSICA PATRICIA RODRIGUES GOULART.

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 3862-8 - INACIOLANDIA (GO), inscrita no CNPJ n.º 000.000/4255-24, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**

Proponente/Contratante: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE INACIOLANDIA, CNPJ n.º 11.474.036/0001-23, ADM PUB MUN SAUDE, sediada à R ALVINO SILVESTRE DE OLIVEIRA SN, CEP 75.550-000, telefone(s) (64) 3435-8007.

Dirigente(s)

Nome	CPF
PAULO CESAR SISDELLI	108.628.088-12
GESSICA PATRICIA RODRIGUES GOULART	042.358.331-03

Dados da conta

Agência 3862-8, Conta-Corrente n.º 17.070-4, Poupança Ouro n.º 510.017.070-7 e Poupança Pouplex n.º 960.017.070-9 abertas em 26/02/2024.

Declarações e autorizações

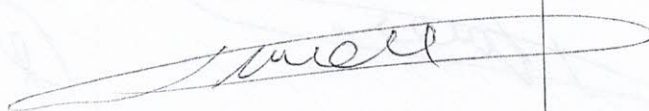
O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se estar ciente(s) e autoriza(m) o BANCO DO BRASIL S.A. a disponibilizar todos os seus dados, às empresas do seu conglomerado ou aos seus prestadores de serviço, com a finalidade específica de realizar as atividades necessárias à plena execução deste Instrumento, ao cumprimento das obrigações legais e ou regulatórias a ele vinculadas e para garantia da prevenção à fraude e à segurança.

O(s) **Dirigentes(s)** declara(m)-se estar ciente(s) e autoriza(m) o BANCO DO BRASIL S.A. a disponibilizar todos os seus dados pessoais, inclusive os sensíveis, às empresas do seu conglomerado ou aos seus prestadores de serviço, com a finalidade específica de realizar as atividades necessárias à plena execução deste Instrumento, ao cumprimento das obrigações legais e/ou regulatórias a ele vinculadas e para garantia da prevenção à fraude e à segurança.

O tratamento e processamento de dados pessoais dos dirigentes pelo BANCO DO BRASIL S.A. será realizado com o propósito de permitir a plena e adequada execução do objeto desta Proposta/Contrato, bem como para o cumprimento de obrigação legal e/ou regulatória, em observância aos princípios e regras estabelecidas nas legislações sobre proteção de Dados Pessoais vigentes, incluindo, mas não se limitando à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD).

O(s) **Dirigentes(s)**, igualmente para os fins de cumprimento da LGPD, autoriza(m) que seus dados pessoais, inclusive os sensíveis, sejam utilizados em situações relacionadas aos processos de contratação e condução do objeto desta Proposta/Contrato, os quais serão mantidos sob estrita proteção e segurança de acessos.

O(s) **Dirigente(s)** declara(am) estar ciente(s) que o BANCO DO BRASIL S.A. poderá manter e tratar, em meio físico ou eletrônico, os seus dados pessoais que sejam necessários para a execução desta Proposta/Contrato ou para cumprimento de obrigações legais e regulatórias ou, ainda, para garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular, assegurando, mediante requerimento a ser encaminhado por meio eletrônico, o direito de acesso facilitado às informações



sobre o tratamento de seus dados pessoais, na forma estabelecida na LGPD.

Os dados pessoais fornecidos pelo(s) **Dirigente(s)** às empresas que atuam como Correspondente Bancário do BANCO DO BRASIL S.A. ou por este contratadas/conveniadas terão o tratamento de acordo com as determinações da LGPD e serão encaminhados ao BANCO DO BRASIL, para possibilitar as tratativas necessárias à abertura de conta decorrente desta Proposta/Contrato.

O(s) **Dirigente(s)** declara(am) estar ciente(s) que as informações acerca das atividades de tratamento de dados pessoais pelo BANCO DO BRASIL S.A. e a forma de requerer o acesso aos direitos encontram-se declaradas em sua Política de Privacidade, cujo inteiro teor está disponível no site bb.com.br/privacidade.

O(s) **Dirigentes(s)** declara(am) estar ciente(s) ainda que o BANCO DO BRASIL S.A., mesmo depois de encerrado a(o) presente Proposta/Contrato, manterá seus dados pessoais arquivados para o cumprimento de obrigação legal e regulatória, sob estreita proteção e segurança de acessos.

O **Proponente/Contratante** identificado propõe e o **Contratado ACEITA** a abertura de conta(s)-corrente(s) e/ou conta(s) de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex.

O **Proponente/Contratante declara-se** ciente e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 01027236, em 26/10/2023, que integram este contrato, e também, com as Informações essenciais - Conta-corrente e conta-poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia foi previamente disponibilizada ao **Proponente/Contratante** por meio de e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do Banco do Brasil na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do Banco do Brasil no celular.

O **Proponente/Contratante declara-se** ciente de que os saldos devedores na(s) conta(s)-corrente(s) ora aberta(s) e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras de que o **Proponente/Contratante** seja titular no Banco do Brasil, mediante débito nas contas respectivas, o que desde já autoriza.

O **Proponente/Contratante declara-se** ciente de que as dívidas líquidas que não forem pagas no vencimento e que tenham como credor o Banco do Brasil, em quaisquer de suas agências, serão compensadas com os créditos existentes na(s) conta(s)-corrente(s) e/ou na(s) conta(s) de Poupança Ouro e/ou Pouplex ora aberta(s), mediante débito em conta, o que desde já autoriza.

O acolhimento desta Proposta/Contrato não implica em aceitação da proposta por parte do Banco do Brasil S.A., estando tal aceitação condicionada à assinatura de funcionário do Banco do Brasil S.A. e a eventual aprovação do limite de crédito.

Para informações, sugestões, reclamações ou quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários a respeito desta Proposta/Contrato, o Contratado coloca à disposição do **Proponente/Contratante** os telefones da Central de Relacionamento do Banco do Brasil - CRBB 4004-0001* ou 0800-729-0001, Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC 0800-729-0722, para Deficientes Auditivos 0800-729-0088, Suporte Técnico Pessoa Física 0800-729-0200, Suporte Técnico Pessoa Jurídica 3003-0500* ou 0800-729-0500. Caso o **Proponente/Contratante**



considere que a solução dada à ocorrência registrada anteriormente mereça revisão, deve entrar em contato com a Ouvidoria BB pelo 0800-729-5678. Privacidade e Proteção de Dados Pessoais: bb.com.br/privacidade.

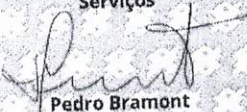
* Custos de ligações locais e impostos serão cobrados conforme o Estado de origem. No caso de ligação via celular, custos da ligação mais impostos conforme a operadora.

Declara, sob as penas da lei, que as informações constantes deste documento são verdadeiras.

Local e data

INACIOLANDIA (GO), 26/02/2024

Contratado

Diretoria de Soluções em Meios de Pagamentos e
Serviços

Pedro Bramont
Diretor

Proponente/Contratante


Razão Social: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE INACIOLANDIA
CNPJ: 11.474.036/0001-23






SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



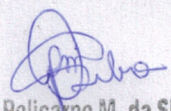
PLANILHA DE CUSTOS

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	VALOR	QTDE	VALOR TOTAL
1	Gasolina	R\$ 5,35	7.500	R\$ 40.125,00
2	Diesel S-10	R\$ 5,55	15.000	R\$ 83.250,00
VALOR TOTAL				R\$ 123.375,00

TABELHA EM ANEXO PARA EMENDA DE 80 MIL.

ITEM	MEDICAMENTOS	UNID	QUANT	VALOR UNITA- RIO	VALOR TOTAL
1.	Bromoprida, ampola 10 mg/2ml, amp de 2 ml	UNID	1.000	3,79	3790
2.	Ceftriaxona sódica 1g Frasco-ampola com pó para suspensão injetável	UNID	3.000	4,18	12540
3.	Cloridrato de Ondansetrona, ampola, 4 mg/2 ml	UNID	1.000	3,1	3100
4.	Diclofenaco de sódio, 25mg/ml, ampola de 3 ml	UNID	1.500	1,31	1965
5.	Dipirona, comprimido 500 mg	UNID	10.000	0,37	3700
6.	Epinefrina 0,1% 1:1000 1 mg/ml Amp de 1 mL	UNID	100	1,62	162
7.	Escitalopram, comp revestido 10mg	UNID	1.500	1,7	2550
8.	Ibuprofeno comprimido 600 mg	UNID	3.000	0,58	1740
9.	Insulina Victoza 6,0mg/ml sistema de aplicação com 3ml cada	UNID	20	395,46	7909,2
10.	Besilato de Levanlodipino, comp de 2,5mg	UNID	1.500	1,25	1875
11.	Levotiroxina, comprimido 25 mcg	UNID	1.500	0,38	570
12.	Succinato Metoprolol, comprimido de 50mg	UNID	3.000	1,9	5700
13.	SuccinatoMetoprolol, comprimido de 25mg	UNID	3.000	0,46	1380
14.	Nimesulida, comp 100mg	UNID	3.000	0,9	2700
15.	Nortriptilina, cps 10 mg	UNID	1.500	1,25	1875
16.	Nortriptilina, cps 25mg	UNID	3.000	0,77	2310
17.	Paracetamol 500mg + fosfato de codeína 30mg	UNID	2.000	0,95	1900
18.	Prednisolona, comp 20 mg	UNID	1.000	0,89	890
19.	Prednisona, comp 20mg	UNID	1.000	0,81	810
20.	Pregabalina, comp 75mg	UNID	6.000	2,48	14880
21.	Rosuvastatina, comp 20mg	UNID	3.000	0,98	2940
22.	Sertralina, comp 50mg	UNID	6.000	0,41	2460
23.	Solução de ringer com lactato, frasco sist. Fechado 500ml,	UNID	48	12,72	610,56
24.	Solução glicofisiológico, frasco sist. Fechado 500-ml	UNID	48	12,34	592,32

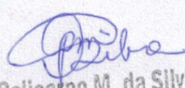
25.	Tramadol 50mg	UNID	5.000	2,08	10400
26.	Micofenolato de Mofetila, de 500mg, comprimidos revestidos.	UNID	600	2,07	1242
27.	Esomeprazol 40mg comp revestido de liberação retardada	UNID	1.500	3,13	4695
28.	Amoxicilina 500mg cps	UNID	1.050	0,97	1018,5
				TOTAL:	96304,58


Olinda Policarpo M. da Silva
Farmacêutica
CRF-GO: 19959

Olinda Policarpo M. da Silva
Farmacêutica
CRF-GO 19959

TABELHA EM ANEXO PARA EMENDA DE 80 MIL.

ITEM	MEDICAMENTOS	UNID	QUANT	VALOR UNITA- RIO	VALOR TOTAL
1.	Água destilada 10ml	UNID	5.000	0,55	2750
				TOTAL:	2750


Olinda Policarpo M. da Silva
Farmacêutica
CRF-GO: 19959

Olinda Policarpo M. da Silva
Farmacêutica
CRF-GO 19959