



**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>202400010004851 |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                              |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                                         |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA BÁRBARA                                                                         | CNPJ do FMS:<br>11.307.015/0001-13 |
| Gestor: William Francisco de Castilho                                                                                   | CPF: 017.064.901-60                |
| Endereço: Avenida Pedro Lúcio, s/n, Quadra 040, Lote 05, Anexo Hospital Municipal, Centro, Santa Barbara de Goiás – GO. |                                    |
| Dados bancários<br>Banco: Caixa Econômica Federal<br>Agencia: 1241<br>Operação: 006<br>Conta: 71161-9                   |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                              |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTA BÁRBARA DE GOIÁS.                                                                                       | CNES: 2437643                                                   |
| Endereço: Avenida Pedro Lúcio, s/n, Quadra 040, Lote 05.                                                                                     |                                                                 |
| Cidade: Santa Bárbara de Goiás – GO.                                                                                                         | Esfera Administrativa: Privada<br>Natureza: Sem Fins Lucrativos |
| Serviços ofertados:<br>( X ) Ambulatorial ( X ) Internação ( ) UTI ( X ) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: Consultas |                                                                 |

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Título do projeto: Custeio de Saúde –<br>Município de Santa Bárbara de Goiás.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Período de execução: 1 (um) ano. |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Início: abril/2024               | Término: abril/2025 |
| Identificação do objeto: Custeio de Saúde – Município de Santa Bárbara de Goiás.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |                     |
| <p>Justificativa:</p> <p>O Município de Santa Barbara foi reconhecido como cidade por meio do decreto de lei Nº 4.710/63, sua área territorial compreende a 138,234 km², atualmente com 6.634 habitantes, possui dezesseis bairros, além de uma extensa Zona Rural.</p> <p>A Prefeitura Municipal de Santa Bárbara possui em sua estrutura a Secretaria Municipal de Saúde, instituída com objetivo de alinhar as políticas públicas, garantir o acesso da população aos serviços de saúde, promover a qualidade, a integralidade, e a humanização na atenção à saúde.</p> <p>É importante ressaltar que, grande parte da população de Santa Bárbara de Goiás, necessita e depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma vez que, a avaliação do perfil dos moradores é de nível socioeconômico baixo, com renda familiar de até 1 salário mínimo. A infraestrutura de saúde do município, conta com 02 PSFs, 01 equipe do NASF, e 01 (um) Hospital Municipal.</p> <p>O Hospital Municipal de Saúde, é responsável pela prestação de serviços de saúde na área de urgência/ emergência, atualmente tem capacidade para realizar mais de 2.000 atendimentos, e tem sua importância historicamente reconhecida como referência assistencial, dado a sua relevância social e local.</p> <p>O Município de Santa Bárbara dispõe de equipe técnica, equipamentos e instrumentos de trabalho, porém necessita-se de incremento para custeio para manter a qualidade e atendimento para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>O custeio será utilizado no referido hospital, afim de suprir despesas com materiais de insumo, as despesas resultantes da execução deste convênio serão atendidas através de emenda parlamentar do Deputado Estadual Dr. George Moraes, no valor de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais), conforme planilhas detalhadas em anexo, além, se necessário do valor da contrapartida financeira por parte do município.</p> <p>Justifica-se ainda, a aquisição dos medicamentos e insumos médico-hospitalares, pois constituem itens de necessidade essenciais para o pleno atendimento dos pacientes que são atendidos diariamente no Hospital Municipal de Saúde.</p> <p>O custeio desses itens visa atender às demandas originárias das necessidades essenciais ao funcionamento da Unidade Hospitalar, manifestadas através do processo de reposição dos estoques. Os medicamentos e insumos incluídos no referido grupo correspondem a classes variadas de uso. Dessa forma, o suprimento adequado dos itens incluídos no presente é</p> |                                  |                     |

indispensável para o funcionamento de todas as linhas de cuidados de um hospital.

Cabe ressaltar que, a Prefeitura Municipal de Santa Bárbara de Goiás, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, tem desenvolvido diversas ações e convênios em prol da construção e fortalecimento de políticas públicas de atenção e gestão na saúde, demonstrando, portanto, toda a capacidade técnica e gerencial para o desenvolvimento do objeto.

É importante aludir que a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara de Goiás, tem a missão de promover serviços de saúde humanizados com qualidade aos usuários, otimizando os recursos humanos, financeiros e materiais, garantindo os princípios constitucionais e demais legislações, nos diversos níveis de atenção, fortalecendo a regionalização e a municipalização do Sistema Único de Saúde no Estado de Goiás. Desta forma, a formalização do referido convênio é de suma importância.

Neste contexto, justifica-se, o interesse recíproco do projeto em pauta, em consonância aos programas e ações do Governo do Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde.

#### 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 16            | Leitos/dia | Meta |
| Capacidade instalada -                                                            |                          |            |      |
| Meta – 100% da capacidade                                                         |                          |            |      |
| ATENDIMENTO                                                                       |                          |            |      |
| Descrição                                                                         | Quantidade realizada/mês |            |      |
| Prontuários Abertos                                                               | 80                       |            |      |
| Pacientes Atendidos                                                               | 2.016                    |            |      |
| Consultas Médicas                                                                 | 2.000                    |            |      |
| Cirurgias Realizadas                                                              | -                        |            |      |
| Internações                                                                       | 13                       |            |      |
| Punção para Mielogramas                                                           | -                        |            |      |
| Farmacêuticos Contratados                                                         | 01                       |            |      |
| Enfermeiros Contratados                                                           | 04                       |            |      |
| Técnico de Enfermagem Contratados                                                 | 10                       |            |      |

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Valor global: R\$ 250.000,00 | 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     | R\$ 250.000,00 | 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.

Santa Bárbara de Goiás, em 04 de abril de 2024.

Assinatura:

  
**WILLIAM FRANCISCO DE CASTILHO**  
Secretária Municipal de Saúde de Santa Bárbara de Goiás – GO

## 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.