



**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><b>202400010004931</b> |
| 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 Santa Tereza de Goiás</b>                                                                       | CNPJ do FMS:<br>06.070.954/0001-57 |
| Gestor: <b>Leia Mendonça dos Reis Borges</b>                                                                                         | CPF: <b>908.222.181-00</b>         |
| Endereço: AV. Bernardo Sayão 358, Q.40,L.04 – Santa Tereza de Goiás – CEP: 76480-000                                                 |                                    |
| Dados Bancários: <b>Banco do Brasil</b><br>Banco: <b>001</b><br>Agência: <b>513-4</b> OP: <b>006</b> Conta-Corrente: <b>44.030-2</b> |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                      |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Unidade: <b>Hospital Municipal de Santa Tereza de Goiás</b>                                                                          | CNES: <b>2437538</b>                                                        |
| Endereço: Praça Berlamino Cruvinel 01 – Setor Central Santa Tereza de Goiás – CEP: 76480-000                                         |                                                                             |
| Cidade: <b>Santa Tereza de Goiás</b>                                                                                                 | Esfera Administrativa: <b>Pública Municipal</b><br>Natureza: <b>Publica</b> |
| 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: <b>AQUISIÇÃO DE SUPLEMENTOS PARA DIETA PARAENTAL E INSUMOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Período de execução: <b>Anual</b> |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Início: <b>03/2024</b>            | Término: <b>03/2025</b> |
| Identificação do objeto: <b>AQUISIÇÃO DE SUPLEMENTOS PARA DIETA PARAENTAL E INSUMOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                         |
| <p>Justificativa:</p> <p>O Município de <b>Santa Tereza de Goiás</b>, tem uma boa estrutura da atenção básica, contando com <b>02 PSFs</b> e <b>01 Equipe do NASF</b>, mas fica a desejar, quando se trata de atendimentos especializados, quando necessitam realizar os procedimentos de Média Complexidade, sendo que estes procedimentos em sua maioria, são pactuados com municípios vizinhos, causando com isso a insatisfação dos usuários e em consequência disto o acolhimento e a humanização no atendimento ficam a desejar. Com a <b>AQUISIÇÃO DE SUPLEMENTOS PARA DIETA PARAENTAL E INSUMOS</b>, onde irá incrementar o atendimento as nossas Crianças e Idosos que depende de alimentação Leite exclusiva Paraental, melhorar a qualidade e ampliar o impacto da Atenção Básica e na Média Complexidade sobre as condições de saúde da população de nosso 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 Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica | Quantidade 15            | Leitos/dia | Meta |
| Capacidade instalada -                                                            |                          |            |      |
| Meta – 100% da capacidade                                                         |                          |            |      |
| ATENDIMENTO                                                                       |                          |            |      |
| Descrição                                                                         | Quantidade realizada/mês |            |      |
| Atendimento de urgência/emergência                                                | 300                      |            |      |
| Atendimento ambulatorial – consultas                                              | 1.000                    |            |      |
| Procedimentos cirúrgicos                                                          | 20                       |            |      |
| SADT – radiologia                                                                 | 100                      |            |      |
| SADT – análises clínicas                                                          | 100                      |            |      |
| SADT – Eletrocardiografia                                                         | 50                       |            |      |
| SADT – Ultrassonografia                                                           | 50                       |            |      |
| Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)                  | 01                       |            |      |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)                         | 01                       |            |      |
| Psicologia (profissionais contratados)                                            | 01                       |            |      |
| Serviço Social (profissionais contratados)                                        | 01                       |            |      |

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                                 |                            |
|---------------------------------|----------------------------|
| Valor global: <b>100.000,00</b> | Valor mensal: <b>Anual</b> |
|---------------------------------|----------------------------|

## 7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| ANO: 2024 |              | ANO: 2025 |              |
|-----------|--------------|-----------|--------------|
| Mês       | Valor em R\$ | Mês       | Valor em R\$ |
| Janeiro   | -            | Janeiro   |              |
| Fevereiro | -            | Fevereiro |              |
| Março     | 100.000,00   | 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.

**Santa Tereza de Goiás em, 01 de Março de 2.024.**

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



**LEIA MENDONÇA DOS REIS BORGES**

**Secretária Municipal de Saúde do Município de Santa Tereza de Goiás**

Leia Mendonça dos Reis Borges  
Secretária Municipal de Saúde  
Santa Tereza de Goiás - GO  
Decreto nº 001/2021 de 01/01/21

## 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.