



**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>202400010004976 |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                              |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                       |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome: Fundo Municipal de Saúde de Mara Rosa                                                           | CNPJ do FMS:<br>11.905.198/0001-79 |
| Gestor: Clemingos Correia da Silva                                                                    | CPF: 814.185.071-72                |
| Endereço: Rua Marechal Deodoro, Qd. 05, Lt, 13, Centro, Mara Rosa-GO                                  |                                    |
| <b>Dados bancários:</b><br><br><b>Banco: BRASIL      Agência: 1092-8      Conta-corrente: 23474-5</b> |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

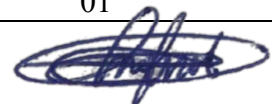
|                                                                                                                              |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Unidade: Secretaria Municipal de Saúde de Mara Rosa                                                                          | CNES: 6527108                                        |
| Endereço:<br>Rua Espírito Santo, 5, Centro, Mara Rosa/GO, CEP: 76490-000                                                     |                                                      |
| Cidade:<br>Mara Rosa/GO                                                                                                      | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Jurídica |
| Serviços ofertados:<br>( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                      |

#### 4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Título do projeto:<br>Custeio de Combustível                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Período de execução: |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Início: set/2024     | Término: ago/2025 |
| Identificação do objeto:<br>Aquisição de combustível para os veículos da Secretaria Municipal de Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                   |
| Justificativa:<br>O Município de Mara Rosa, tem uma boa estrutura da atenção básica. Porém, como a maioria da população depende do sistema único de saúde, o município fica a desejar, quando se trata da atenção especializada e serviços de urgência e emergência. A infraestrutura é razoável, no entanto, os custos com sua manutenção são muito elevados e os recursos municipais são insuficientes para atender toda demanda. Por isso é necessário buscar atendimento fora do nosso território. Com isso, o custos também aumentam com transportes de pacientes sejam eles eletivos ou de urgência e emergência, devido à distância principalmente para os grandes centros como Anápolis e Goiânia. Sozinho, o município não reúne condições de manter adequadamente essas despesas e satisfazer a contento a demanda da população. Diante disso faz-se necessária a presente proposta a fim de buscar recursos junto a Secretaria de Estado da Saúde para aquisição de combustíveis para abastecer nossa frota e assim melhorar ainda mais a qualidade no atendimento, tanto dentro quanto fora do Município, trazendo à população mais acolhimento e humanização. |                      |                   |

#### 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 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                                                          | -                        |            |      |
| SADT – Eletrocardiografia                                                         | 50                       |            |      |
| SADT – Ultrassonografia                                                           | -                        |            |      |
| 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: 50.000,00 | Valor mensal: 50.000,00 |
|-------------------------|-------------------------|

## 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     |              | Junho     |              |
| Julho     |              | Julho     |              |
| Agosto    |              | Agosto    |              |
| Setembro  |              | Setembro  |              |
| Outubro   | 50.000,00    | 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.

Mara Rosa/GO, 18/09/2024

Assinatura:



Clemingos Correia da Silva  
Gestor do Fundo Municipal

## 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.

