



**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>202400010005109 |
| 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 Jussara                                                                      | CNPJ do FMS:<br><b>10.514.375/0001-23</b> |
| Gestor:<br>Eliane Rosa Rebouças                                                                                   | CPF:<br>897.337.701-91                    |
| Endereço:<br>Av. Jose Bonifácio, nº 726, Centro                                                                   |                                           |
| Dados bancários:<br>Banco: Caixa Econômica Federal<br>Agência: 1240                      Conta-corrente: 71.347-0 |                                           |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                       |                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Unidade:<br>Centro de Especialidades                                                                  | CNES:<br>0970204                                      |
| Endereço:<br>Rua Bebedouro Q 05 LT 08, S/N, Planalto, CEP: 76270-000, Jussara/GO                      |                                                       |
| Cidade:<br>Jussara - Goiás                                                                            | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Municipal |
| Serviços ofertados:<br>( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia<br>X Outros: |                                                       |

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Título do projeto:<br>Programa de fortalecimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Período de execução: 01(um)ano |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Início:<br>06/2024             | Término:<br>05/2025 |
| Identificação do objeto:<br>Investimento na área da saúde para o município de Jussara – GO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |                     |
| <p>Justificativa:</p> <p>O município de Jussara no estado de Goiás, tem estimativa populacional de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 19.620 (dezenove mil, seiscentos e vinte) habitantes, no último censo feito no município em 2022.</p> <p>A presente proposta visa a utilização de recursos advindos de emenda parlamentar para a aquisição de equipamentos tecnológicos e de consultório (conforme orçamentos anexos) visando contribuir significativamente para melhorar serviços públicos, promover o desenvolvimento regional, aumentar a eficiência operacional.</p> <p>Portanto, a aprovação desta emenda parlamentar para aquisição de equipamentos é crucial para atingirmos nossos objetivos. Estamos comprometidos em garantir a transparência e o uso responsável dos recursos públicos, contribuindo assim para o bem-estar e o desenvolvimento de nossa comunidade.</p> |                                |                     |

#### 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:<br>R\$ 50.000,00 | 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     | -             | Abril     |              |
| Maio      | -             | Maio      |              |
| Junho     | R\$ 50.000,00 | 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, parcial ou final, 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 Parcial consiste na documentação a ser apresentada para comprovar a execução de uma ou mais parcelas recebidas quando os recursos forem liberados na forma de parcelas ou após 6 (seis) meses da sua transferência. Quando a liberação dos recursos ocorrer em 3 (três) ou mais parcelas, a prestação de contas parcial referente à primeira parcela é condição para a liberação da terceira e a prestação referente à segunda, para a liberação da quarta, e assim sucessivamente. A Prestação de Contas Final, produto da consolidação das Prestações de Contas Parciais ou referentes ao total recebido de uma só vez, 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.

Jussara/GO em 17 de junho de 2024.

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



*Eliane Rosa Rebouças*  
Secretária de Saúde de Jussara  
Decreto nº 435/2023

Eliane Rosa Rebouças  
Secretária Municipal de Saúde

## 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.