



**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>202400010005476 |
| 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 Iporá - GO                                            | CNPJ do FMS:<br>07.861.703/0001-53 |
| Gestor:<br>Daniela Sallum                                                                  | CPF:<br>502.910.761-49             |
| Endereço:<br>R São José - nº 11 - Umuorama - CEP: 76.200-000                               |                                    |
| Dados bancários:<br>Caixa Econômica Federal<br>Agência: 1338      Conta corrente: 71.359-7 |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Unidade:<br>PSF AGUAS CLARAS IPORÁ<br>PSF ARCO IRIS IPORA<br>PSF VILA NOVA IPORA<br>PSF CENTRAL IPORA<br>PSF MONTE ALTO IPORA<br>PSF VILA BRASILIA IPORA<br>PSF ITAJUBA IPORA<br>PSF UMUARAMA IPORA                                                                                                                                                           | CNES:<br>2437953<br>3080935<br>3080951<br>2382598<br>3080943<br>5417082<br>2436973<br>2438135 |
| Endereço:<br>RUA RUBIATAVA S/N QD 10 LT 02 - AGUAS CLARAS CEP 76200-000<br>RUA SERRA DAS ARARAS Nº31 - JARDIM ARCO IRIS CEP 76200-000<br>RUA B Nº 741 - SETOR VILA NOVA CEP 76200-000<br>RUA ESMERINDO PEREIRA S/N - CENTRO CEP 76200-000<br>RUA SAO JORGE S/N QD 31 LT 01 JARDIM MONTE ALTO CEP 76200-000<br>VILA BRASILIA S/N - VILA BRASILIA CEP 76200-000 |                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| AVN 08 S/N VILA ITAJUBA CEP 76200-000                                                                                                                                                                                                            |                                                       |
| RUA ESMERINDO PEREIRA S/N QD 06 LT 07 - UMUARAMA CEP 76200-000                                                                                                                                                                                   |                                                       |
| Cidade:<br>Ipora - Go                                                                                                                                                                                                                            | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Municipal |
| Serviços ofertados:<br><input checked="" type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> SADT <input type="checkbox"/> Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                       |

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| Título do projeto:<br>Programa de Fortalecimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Período de execução: 12 meses |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Início:<br>04/2024            | Término:<br>04/2025 |
| Identificação do objeto:<br>Aquisição de materiais para exercícios terapêuticos para o Grupo Bem Viver no Município de Iporá - GO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               |                     |
| Justificativa:<br><p>O Grupo Terapêutico Bem Viver é uma iniciativa realizada em nossas Unidades Básicas de Saúde, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos da nossa comunidade. Composto por membros da terceira idade, o grupo tem como objetivo principal explorar diversas atividades, incluindo rodas de conversa e exercícios físicos, desempenhando um papel vital na promoção da saúde mental e bem-estar dos participantes. Investir em tais materiais é essencial para oferecer aos participantes do grupo os recursos necessários para a prática de atividades físicas que visam fortalecer músculos, melhorar a flexibilidade e promover o equilíbrio. Esses exercícios são fundamentais para prevenir lesões, melhorar a saúde física e mental e aumentar a independência funcional dos indivíduos.</p> <p>Considerando ainda que os exercícios terapêuticos têm sido amplamente reconhecidos por sua eficácia na melhoria da qualidade de vida, na redução do risco de doenças crônicas e na promoção do bem-estar geral, a aquisição desses materiais se torna não apenas uma necessidade, mas um investimento no futuro da saúde da comunidade de Iporá - GO</p> |                               |                     |

#### 5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| LEITOS                            |                         |               |                      |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------|----------------------|
| 1 – Internação hospitalar         |                         |               |                      |
| parâmetros: taxa de ocupação: 90% |                         |               |                      |
| Descrição                         | Cirurgia Geral, Clínica | Quantidade 15 | Leitos/dia      Meta |

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| Geral, Obstetrícia Cirúrgica,<br>Pediatria Clínica  |
| Capacidade instalada -<br>Meta – 100% da capacidade |

#### ATENDIMENTO

| Descrição                                                        | Quantidade realizada/mês |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Atendimento de urgência/emergência                               | -                        |
| Atendimento ambulatorial – consultas                             | 14.698                   |
| Procedimentos cirúrgicos                                         | -                        |
| SADT – radiologia                                                | -                        |
| SADT – análises clínicas                                         | -                        |
| SADT – Eletrocardiografia                                        | -                        |
| SADT – Ultrassonografia                                          | -                        |
| Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado) | -                        |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)        | -                        |
| Psicologia (profissionais contratados)                           | -                        |
| Serviço Social (profissionais contratados)                       | -                        |

#### 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     | R\$ 50.000,00 | 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.

Iporá,

Assinatura:

  
**Daniela Sallum**  
**Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Iporá - GO**

*Dr. Daniela Sallum*  
Secretaria Mun. de Saúde  
Decreto nº. 04/2021

## 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.