



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PLANO DE TRABALHO

1 – CONCEDENTE

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás	CNPJ: 02.529.964/0001-57
Gestor: Rasível dos Reis Santos Júnior	Processo: 202400010005558
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Mutunópolis - GO	CNPJ do FMS: 11.470.270/0001-82
Gestor: MARIA APARECIDA DE LIMA	CPF: 759.930.231-04
Endereço: Rua Tocantins, 317, Setor Anhanguera, CEP: 76.540-000, Mutunópolis GO.	
Dados bancários: Banco: BANCO DO BRASIL S/A Agência: 0513-4 Conta corrente: 43.866-9	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

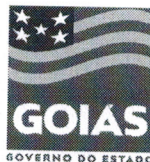
Unidade: Hospital Municipal de Mutunópolis - GO	CNES: 2382938
Endereço: Rua Planaltina, Centro	
Cidade: Mutunópolis - GO	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Pública
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial (x) Internação () UTI () SADT (x) Hospital dia ☐ Outros:	

4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Custeio na Área da Saúde	Período de execução:	
	Início: mês 05/2024	Término: Mês 04/2025
Identificação do objeto: Processo sob nº 202400010005558, emenda parlamentar nº 264 / 2023, de autoria do Dep. Renato De Castro, no valor de R\$ 495.000,00, (quatrocentos e noventa e cinco mil reais), destinada a Custeio na Área da Saúde.		



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PLANO DE TRABALHO

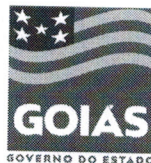
Justificativa:

Mutunópolis é um município do estado de Goiás, sua população estimada pelo IBGE em 2022 era de 3.564 habitantes. Possui uma área territorial de 955,873 km² quilômetros quadrados, uma densidade demográfica de 4,03 hab/km², a escolarização de 6 a 14 anos de 98,7 %, com IDHM - Índice de desenvolvimento humano municipal, de 0,680 A cidade possui um estádio chamado Estádio José de Oliveira Neto, duas Unidades Básica de Saúde – UBS, equipadas e com equipe de trabalho em consonância com as normativas, e um Hospital Municipal equipado e com equipe interdisciplinar, possui uma Academia de Saúde, e duas Escola sendo uma Municipal e a outra Estadual, possui vários Assentamentos da Reforma Agraria tendo como principais: Samurai, Povoado Venerândia, Água Branca e Mariquinha, Pablo Neruda, Emílio Zapata, Mutum, Joaquim Santana e Feliciano Freitas, onde as famílias sobrevivem de rendas oriundas do que Plantam para sua subsistência e da Transferência de Renda do Programa Bolsa Família, tem uma boa estrutura da atenção básica, contando com um (01) Hospital Municipal e duas (02) UBS, (01) Academia da Saúde, praças públicas e repartições de atendimento. **Com a aquisição do objeto deste plano de trabalho que atendera a emenda parlamentar nº 264 / 2023, Processo sob nº 202400010005558, de autoria do Dep. Renato De Castro, no valor de R\$ 495.000,00, (quatrocentos e noventa e cinco mil reais), destinada a Custeio na Área da Saúde., vem ao encontro de fortalecer a execução da Política de Saúde de forma gradual e continua, como também melhorar a qualidade e ampliar o impacto das ações da saúde da população, por meio de estratégias de facilitação do acesso, garantindo a execução da política de saúde e o bom uso dos recursos públicos.**

Os objetivos da gestão da política de saúde de Mutunópolis vão além de cumprir com qualidade e eficiência seu papel de gestora administrativa. A Instituição contribui de forma decisiva para o desenvolvimento de um modelo de gestão que propicie a cultura da qualidade, o respeito ao Bem



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PLANO DE TRABALHO

Público, o desenvolvimento das pessoas e a valorização dos usuários.

Esta parceria se caracteriza com o Governo do Estado, através da Secretaria Estadual de Saúde, desta forma constitui importante linha de ação dos entes públicos, neste caso o estado de Goiás e Município de Mutunópolis, para melhoria das condições de vida da população.

Objetiva se com esta ação suprir as necessidades da saúde pública do município, atendendo a comunidade com ações de qualidade, e espera a Melhoria da qualidade de vida, onde proporcionara maior segurança as famílias, melhorando a qualidade de vida da população.

O problema a ser solucionado vem de encontro com as ações da saúde pública comunitária, garantindo o fornecimento de medicamentos básicos e de qualidade, salvando se vidas e garantindo a saúde pública.

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de comprovação junto Secretaria Estadual de Saúde, para os efeitos e sob as penas da Lei 17.928 de 27 de dezembro de 2012, que a Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de Mutunópolis - GO, possui a capacidade técnica e gerencial para executar com qualidade as ações do objeto proposto destinadas para esse Município, compreendendo serviços de execução e prestação de contas parcial e final. Informo que a responsável técnico em fiscalizar, acompanhar e realizar a prestação de contas e a Assistente Social e Gerente Municipal de Convênios – GMC – Lucirene Ribeiro Costa, sob nº do CRESS 2186/TO e 0026/GO/SEC, com formação na área de Prestação de Contas, servidora lotada na Secretaria Municipal de Administração do Município, referente a **emenda parlamentar nº 264 / 2023, Processo sob nº 202400010005558, de autoria do Dep. Renato De Castro, no valor de R\$ 495.000,00, (quatrocentos e noventa e cinco mil reais), destinada a Custeio na Área da Saúde.**

PLANO DE TRABALHO

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	Leitos/dia	Meta
	543	07	90%
Capacidade instalada -			
Meta – 100% da capacidade			

ATENDIMENTO	
Descrição	Quantidade realizada/mês
Atendimento de urgência/emergência	209
Atendimento ambulatorial – consultas	6.948
Procedimentos cirúrgicos	105
SADT – radiologia	11.680
SADT – análises clínicas	306
SADT – Eletrocardiografia	412
SADT – Ultrassonografia	0
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	0
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	0
Psicologia (profissionais contratados)	0
Serviço Social (profissionais contratados)	0

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 495.000,00	Valor mensal:
(Quatrocentos e noventa e cinco mil reais)	

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	R\$ 495.000,00	Maio	
Junho		Junho	
Julho		Julho	
Agosto		Agosto	



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PLANO DE TRABALHO

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



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PLANO DE TRABALHO

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 do 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.

Mutunópolis, 04 de abril de 2024.

Assinatura: _____

Maria Aparecida de Lima

Secretária Municipal de Saúde e Gestora Ordenadora de despesas do FMS

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.



Extrato de Conta Corrente

G3362409073065051
24/04/2024 09:24:21

Cliente - Conta atual

Agência 513-4
Conta corrente 43866-9EMENDA 264-2023
Período do extrato de 01 / 04 / 2024 até 24 / 04 / 2024

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/01/2024		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
Saldo							
Juros *							0,00C
Data de Debito de Juros							0,00
IOF *							30/04/2024
Data de Debito de IOF							0,00
							02/05/2024

OBSERVAÇÕES:

Transação efetuada com sucesso por: JE673268 NIVEA LIMA DE ALENCAR.
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Emenda 264/2023 - Custeio Saúde

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 0513-4 - PORANGATU (GO), inscrita no CNPJ n.º 000.000/0513-49, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ n.º 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE, CNPJ n.º 11.470.270/0001-82, SERV MEDICO-HOSPITALARES, sediada à PC CIVICA , 263, CEP 76.540-000, telefone(s) (62) 3382-6223.

R\$ 495.000,00 Renato de Castro

Dirigente(s)

Nome	CPF
NIVEA LIMA DE ALENCAR	773.749.241-00
MARIA APARECIDA DE LIMA	759.930.231-04

Dados da conta

Agência 0513-4, Conta-Corrente n.º 43.866-9, Poupança Ouro n.º 510.043.866-1 e Poupança Pouplex n.º 960.043.866-3 abertas em 30/01/2024.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se estar ciente(s) e autoriza(m) o BANCO DO BRASIL S.A. a disponibilizar todos os seus dados, às empresas do seu conglomerado ou aos seus prestadores de serviço, com a finalidade específica de realizar as atividades necessárias à plena execução deste Instrumento, ao cumprimento das obrigações legais e ou regulatórias a ele vinculadas e para garantia da prevenção à fraude e à segurança.

O(s) **Dirigentes(s)** declara(m)-se estar ciente(s) e autoriza(m) o BANCO DO BRASIL S.A. a disponibilizar todos os seus dados pessoais, inclusive os sensíveis, às empresas do seu conglomerado ou aos seus prestadores de serviço, com a finalidade específica de realizar as atividades necessárias à plena execução deste Instrumento, ao cumprimento das obrigações legais e/ou regulatórias a ele vinculadas e para garantia da prevenção à fraude e à segurança.

O tratamento e processamento de dados pessoais dos dirigentes pelo BANCO DO BRASIL S.A. será realizado com o propósito de permitir a plena e adequada execução do objeto desta Proposta/Contrato, bem como para o cumprimento de obrigação legal e/ou regulatória, em observância aos princípios e regras estabelecidas nas legislações sobre proteção de Dados Pessoais vigentes, incluindo, mas não se limitando à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD).

O(s) **Dirigentes(s)**, igualmente para os fins de cumprimento da LGPD, autoriza(m) que seus dados pessoais, inclusive os sensíveis, sejam utilizados em situações relacionadas aos processos de contratação e condução do objeto desta Proposta/Contrato, os quais serão mantidos sob estreita proteção e segurança de acessos.

O(s) **Dirigente(s)** declara(am) estar ciente(s) que o BANCO DO BRASIL S.A. poderá manter e tratar, em meio físico ou eletrônico, os seus dados pessoais que sejam necessários para a execução desta Proposta/Contrato ou para cumprimento de obrigações legais e regulatórias ou, ainda, para garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular, assegurando, mediante requerimento a ser encaminhado por meio eletrônico, o direito de acesso facilitado às informações



sobre o tratamento de seus dados pessoais, na forma estabelecida na LGPD.

Os dados pessoais fornecidos pelo(s) **Dirigente(s)** às empresas que atuam como Correspondente Bancário do BANCO DO BRASIL S.A. ou por este contratadas/conveniadas terão o tratamento de acordo com as determinações da LGPD e serão encaminhados ao BANCO DO BRASIL, para possibilitar as tratativas necessárias à abertura de conta decorrente desta Proposta/Contrato.

O(s) **Dirigente(s)** declara(am) estar ciente(s) que as informações acerca das atividades de tratamento de dados pessoais pelo BANCO DO BRASIL S.A. e a forma de requerer o acesso aos direitos encontram-se declaradas em sua Política de Privacidade, cujo inteiro teor está disponível no site bb.com.br/privacidade.

O(s) **Dirigentes(s)** declara(am) estar ciente(s) ainda que o BANCO DO BRASIL S.A., mesmo depois de encerrado a(o) presente Proposta/Contrato, manterá seus dados pessoais arquivados para o cumprimento de obrigação legal e regulatória, sob estreita proteção e segurança de acessos.

O **Proponente/Contratante** identificado propõe e o **Contratado ACEITA** a abertura de conta(s)-ente(s) e/ou conta(s) de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex.

O **Proponente/Contratante declara-se** ciente e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 01027236, em 26/10/2023, que integram este contrato, e também, com as Informações essenciais - Conta-corrente e conta-poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia foi previamente disponibilizada ao **Proponente/Contratante** por meio de e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do Banco do Brasil na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do Banco do Brasil no celular.

O **Proponente/Contratante declara-se** ciente de que os saldos devedores na(s) conta(s)-corrente(s) ora aberta(s) e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras de que o **Proponente/Contratante** seja titular no Banco do Brasil, mediante débito nas contas respectivas, o que desde já autoriza.

O **Proponente/Contratante declara-se** ciente de que as dívidas líquidas que não forem pagas no vencimento e que tenham como credor o Banco do Brasil, em quaisquer de suas agências, serão compensadas com os créditos existentes na(s) conta(s)-corrente(s) e/ou na(s) conta(s) de Poupança Ouro e/ou Pouplex ora aberta(s), mediante débito em conta, o que desde já autoriza.

O acolhimento desta Proposta/Contrato não implica em aceitação da proposta por parte do Banco do Brasil S.A., estando tal aceitação condicionada à assinatura de funcionário do Banco do Brasil S.A. e a eventual aprovação do limite de crédito.

Para informações, sugestões, reclamações ou quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários a respeito desta Proposta/Contrato, o Contratado coloca à disposição do **Proponente/Contratante** os telefones da Central de Relacionamento do Banco do Brasil - CRBB 4004-0001* ou 0800-729-0001, Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC 0800-729-0722, para Deficientes Auditivos 0800-729-0088, Suporte Técnico Pessoa Física 0800-729-0200, Suporte Técnico Pessoa Jurídica 3003-0500* ou 0800-729-0500. Caso o **Proponente/Contratante**



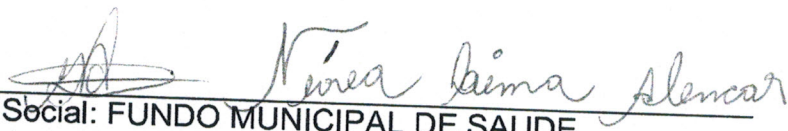
considere que a solução dada à ocorrência registrada anteriormente mereça revisão, deve entrar em contato com a Ouvidoria BB pelo 0800-729-5678. Privacidade e Proteção de Dados Pessoais: bb.com.br/privacidade.

* Custos de ligações locais e impostos serão cobrados conforme o Estado de origem. No caso de ligação via celular, custos da ligação mais impostos conforme a operadora.

Declara, sob as penas da lei, que as informações constantes deste documento são verdadeiras.

Local e data
PORANGATU (GO), 30/01/2024

Contratado**Proponente/Contratante**


Razão Social: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CNPJ: 11.470.270/0001-82

Nívea Lima de Alencar
Secretária de Finanças
Dec 003/2021 - 04-01-21

