



**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>202400010005744 |
| 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 Uruana – GO                                                           | CNPJ do FMS:<br>11.163.358/0001-51 |
| Gestor:<br>Ana Paula Pereira Moraes                                                                        | CPF:<br>032.910.291-51             |
| Endereço:<br>Rua Antônio Ferreira Oliveira, nº 270, PC 397, Centro, Uruana, CEP: 76335-000                 |                                    |
| Dados bancários:<br>Caixa Econômica Federal<br>Agência: 1237                      Conta Corrente: 71.132-3 |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                             |                                                       |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------|
| Unidade:<br>Secretaria Municipal de Saúde de Uruana – Go e<br>Hospital Municipal de Uruana Antônio Savio de Lira Lima       |                                                       | CNES:<br>654313<br>0451436 |
| Endereço:<br>AV Jose Alves Toledo Esq com Rua Olavo V Rocha, Jardim Vale Do Sol, CEP: 76335-000,<br>Uruana – GO             |                                                       |                            |
| Cidade:<br>Uruana – GO                                                                                                      | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Municipal |                            |
| Serviços ofertados:<br>(X) Ambulatorial (X) Internação ( )UTI (X) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                       |                            |

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Título do projeto:<br>Programa de fortalecimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Período de execução:<br>01 (um) ano |                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Início:<br>11/2024                  | Término:<br>10/2025 |
| Identificação do objeto:<br>Custeio para o município de Uruana – GO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                     |
| Justificativa:<br><br>O município de Uruana no estado de Goiás, tem estimativa populacional de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 13.826 (treze mil, oitocentos e vinte e seis) habitantes, no último censo feito no município em 2010.<br><br>Os esforços para viabilizar a manutenção das nossas unidades, devidos as dificuldades oriundas da crise financeira pela qual a instituição pública tem passado dificultam o atendimento adequado e eficaz a à totalidade de nossos pacientes.<br><br>A presente emenda parlamentar visa destinar recursos para o custeio de leites e exames médicos, com o objetivo de atender às necessidades de saúde de nossa população, especialmente de grupos vulneráveis que enfrentam dificuldades de acesso a esses serviços essenciais.<br><br>Neste contexto, é importante garantir a implementação de políticas públicas que visem à valorização da qualidade de vida da população, principalmente nos núcleos populacionais que não possuem acesso fácil à sede do município. |                                     |                     |

#### 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                                                |               | 0                        |      |

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Atendimento ambulatorial – consultas                             | 0  |
| Procedimentos cirúrgicos                                         | 0  |
| SADT – radiologia                                                | 0  |
| SADT – análises clínicas                                         | -  |
| SADT – Eletrocardiografia                                        | 0  |
| SADT – Ultrassonografia                                          | -  |
| Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado) | 0  |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)        | 0  |
| Psicologia (profissionais contratados)                           | 01 |
| Serviço Social (profissionais contratados)                       | 01 |

#### 6 – VALOR DO PROJETO

|                                 |               |
|---------------------------------|---------------|
| Valor global:<br>R\$ 225.000,00 | 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     | -              | Junho     |              |
| Julho     | -              | Julho     |              |
| Agosto    | -              | Agosto    |              |
| Setembro  | -              | Setembro  |              |
| Outubro   | -              | Outubro   |              |
| Novembro  | R\$ 225.000,00 | 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.

Uruana/GO em 17 de dezembro de 2024.

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

**Ana Paula Pereira Moraes**  
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.