



## 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>202400010005770 |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                              |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                           |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome: Fundo Municipal de Saúde de Cidade Ocidental                                                        | CNPJ do FMS:<br>11.332.874/0001-62 |
| Gestor: Vanderli Ferreira de Carvalho                                                                     | CPF 388.436.171-68                 |
| Endereço: SQ 10 Quadra 02 Área especial                                                                   |                                    |
| Dados bancários<br>Banco: Banco do Brasil<br>Agência: 3411-8                      Conta corrente: 89302-1 |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                             |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Unidade: Hospital Regional de Cidade Ocidental                                                                                              | CNES: 2569728                                                              |
| Endereço: SQ 10 Área especial                                                                                                               |                                                                            |
| Cidade: Cidade Ocidental                                                                                                                    | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Hospital Geral e Especializado |
| Serviços ofertados:<br><br>( x ) Ambulatorial ( x ) Internação ( ) UTI ( x ) SADT ( ) Hospital dia<br><br>Outros: (x) Urgência e emergência |                                                                            |

### 4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Título do projeto:</b> Custeio na Área da Saúde - Hospital Municipal de Cidade Ocidental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Período de execução:</b> mensal        |                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Início:</b> Após recebimento da emenda | <b>Término:</b> No mês de recebimento da emenda |
| <b>Identificação do objeto:</b> Custeio na Área da Saúde - Hospital Municipal de Cidade Ocidental. Emenda Parlamentar Estadual N° 206/2023 – Dep. Wilde Cambão no valor de R\$ 370.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                                 |
| <b>Justificativa:</b><br><p>O Hospital Municipal de Cidade Ocidental, inaugurado há mais de 15 anos, atende a população da cidade, bem como das cidades do entorno. Com o atendimentos elevados, os insumos e as medicações acabam faltando pela grande demanda. As ações da assistência farmacêutica têm por finalidade promover a resolutividade e a integralidade do cuidado em saúde. O fornecimento de medicamentos é feito para atender as demandas de saúde da população e complementar o tratamento, variando de acordo com a necessidade.</p> |                                           |                                                 |
| <b>Interesse Reciproco:</b><br><p>Garantir a integração do hospital com a rede de farmácia básica e a implementação das políticas de saúde prioritárias assegurando acesso e qualidade dos serviços assistenciais prestados.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                                                 |
| <b>Público Alvo:</b><br><p>A população do município a ser atendida é de 91.767 (noventa e uma mil, setecentas e sessenta e sete pessoas (Fonte: IBGE 2022) e ainda com projeções futuras de crescimento populacional.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                                 |
| <b>Problema a ser Resolvido:</b><br><p>Falta de medicação, pois esse público necessita de medicamentos diferentes dos medicamentos disponibilizados na Atenção Primária.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                                                 |
| <b>Resultado Esperado:</b><br><p>Espera-se proporcionar aos usuários um atendimento agradável e mais completo, além disso, a compra de medicação possibilitará o aumento da oferta de serviços especializados de saúde e o número de pacientes atendidos, oferecendo à população acesso qualificado em</p>                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                                 |

tempo oportuno, sem a necessidade de deslocamento para outro município, para pegar medicação.

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

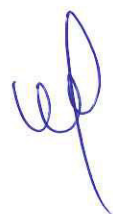
### ATENDIMENTO

| Descrição                                                        | Quantidade realizada/mês |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Atendimento de urgência/emergência                               | 7.604                    |
| Atendimento ambulatorial – consultas                             | 907                      |
| Procedimentos cirúrgicos                                         | 58                       |
| SADT – radiologia                                                | 449                      |
| SADT – análises clínicas                                         | 26.783                   |
| SADT – Eletrocardiografia                                        | 181                      |
| SADT – Ultrassonografia                                          | 15                       |
| Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado) | 00                       |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)        | 15                       |
| Psicologia (profissionais contratados)                           | 06                       |
| Serviço Social (profissionais contratados)                       | 02                       |

Atender e ofertar medicação a 100% dos pacientes atendidos no Hospital Municipal de Cidade Ocidental

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                                        |                                        |
|----------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Valor global:</b><br>R\$ 370.000,00 | <b>Valor mensal:</b><br>R\$ 370.000,00 |
|----------------------------------------|----------------------------------------|



## 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     | <b>R\$ 370.000,00</b> | 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:

*cul*



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.

Cidade Ocidental, 27/02/2024

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



**Vanderli Ferreira de Carvalho**

#### 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.