



## 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><b>Rasível dos Reis Santos Júnior</b>            | Processo:<br>202400010010202 |
| Endereço:<br>Av. SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                              |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

|                                                                                                    |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Nome: Fundo Municipal De Saúde de Santa Terezinha de Goiás                                         | CNPJ do FMS:<br>11.899.105/0001-40 |
| Gestor: KENIA AUGUSTA ISMAEL CORREIA                                                               | CPF:<br>013.664.021-46             |
| Endereço:<br>AV. TIRADENTES QD 28 LT 10 N. 202 SETOR CENTRAL SANTA TEREZINHA DE GOIAS CEP 76500-00 |                                    |
| Dados bancários:<br>BANCO : 104 AG. 4805 CC; 71.208-2                                              |                                    |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                              |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTA TEREZINHA DE GOIAS                                                                      | CNES: 2535270                                        |
| Endereço: RUA RAIMUNDO FERNANDES DA SILVA N:308 SETOR: CENTRO                                                                |                                                      |
| Cidade: Santa Terezinha de Goiás                                                                                             | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Jurídica |
| Serviços ofertados:<br>(x) Ambulatorial (x) Internação ( ) UTI (x) SADT (x) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                      |

### 4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                       |                                     |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Período: 12 MESES                                                                                                                     | Início: a partir da data assinatura | Término:<br>12 meses após assinatura |
| Identificação do objeto: CUSTEIO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E COMBUSTÍVEIS PARA A SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA TEREZINHA DE GOIAS |                                     |                                      |

*Kenia*



**Justificativa:**

O Município de. SANTA TEREZINHA DE GOIAS tem uma boa estrutura da atenção básica, contando com 03 PSFs e 01 hospital, quando se trata de recursos para o custeio far-se-á necessário para que possamos atender aos usuários seja de uma contribuição com melhor qualidade, e responsabilidade quanto ampliando assim o impacto de soluções que dignifiquem o atendimento de qualidade e excelência aos usuários, sendo com a complexibilidade diária sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso. Assim sendo o custeio com medicamentos atendendo aos nossos munícipes e o combustível para o deslocamento dos veículos que proporcionará uma melhor rapidez nos atendimentos dos pacientes e trabalho aos servidores administrativos.

**5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELA UNIDADE ASSISTIDA**

| LEITOS                                                                            |                          |            |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|------|
| 1 – Internação hospitalar<br>parâmetros: taxa de ocupação: 90%                    |                          |            |      |
| Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica | Quantidade               | Leitos/dia | Meta |
| Capacidade instalada -                                                            | 35                       |            |      |
| Meta – 90% da capacidade                                                          | 31                       |            |      |
| ATENDIMENTO                                                                       |                          |            |      |
| Descrição                                                                         | Quantidade realizada/mês |            |      |
| Prontuários Abertos                                                               | 0                        |            |      |
| Pacientes Atendidos                                                               | 2.327                    |            |      |
| Consultas Médicas                                                                 | 929                      |            |      |
| Cirurgias Realizadas                                                              | 3                        |            |      |
| Internações                                                                       | 19                       |            |      |
| Punção para Mielogramas                                                           | 0                        |            |      |
| Farmacêuticos Contratados                                                         | 1                        |            |      |
| Enfermeiros Contratados                                                           | 8                        |            |      |
| Técnico de Enfermagem Contratados                                                 | 23                       |            |      |

**6 – VALOR DO PROJETO**

|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| Valor global: 300.000,00 | Valor Mensal: |
|--------------------------|---------------|

**7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

| ANO: 2024 |              | ANO: 2025 |              |
|-----------|--------------|-----------|--------------|
| Mês       | Valor em R\$ | Mês       | Valor em R\$ |
| Janeiro   | -            | Janeiro   |              |

*tercio*



|           |            |           |   |
|-----------|------------|-----------|---|
| Fevereiro | -          | Fevereiro |   |
| Março     | 400.000,00 | Março     |   |
| Abril     | -          | 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 pelo Proponente.
- III – Realizar os repasses dos recursos recebidos da concedente a unidade assistida em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde

### 8.2 – Do Fundo De Saúde

- I – Firmar instrumento jurídico com a Proponente para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente;
- II – Realizar os repasses dos recursos recebidos da Concedente à Proponente em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde;

### 8.3 – Da Unidade Assistida

- I – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas, as vagas disponibilizadas deverão ser ocupadas a critério da SMS, inexistindo recusa por parte da entidade assistida, sob pena de abertura de processo de irregularidades e/ou medidas judiciais cabíveis.
- II – 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;

*Kenia*



- c) assistência à 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.

III – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;

IV – Realizar a prestação de contas da utilização dos recursos repassados pela Concedente, a cada 6 parcelas;

V – 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 DE SAÚDE

Na qualidade de Gestor do Fundo Municipal de Saúde, da Secretária Municipal de Saúde interveniente, devidamente qualificada neste plano de trabalho, declaro estar ciente do teor do presente e de acordo com o mesmo.

Santa Terezinha de Goiás GO, 20 de março de 2024

  
Kenia Augusta Ismael Correia  
Secretária Municipal de Saúde  
Santa Terezinha de Goiás  
Decreto nº 02/2022

KENIA AUGUSTA ISMAEL CORREIA  
GESTORA DO FMS DE SANTA TEREZINHA DE GOIAS

#### 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.

Data da Extração dos Dados: 21/03/2024 14:54:34

*Kenia*