



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: 202400010013944
Endereço: Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO	

2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: Fundo Municipal de Saúde de Aragoiânia	CNPJ do FMS: 11.327.382/0001-89
Gestor: Cleice Antônia Pereira	CPF: 439.871.331-04
Endereço: Pc Santa Luzia - Qd 01, Lt 01 - Snº - Centro - CEP: 75.360-000	
Dados bancários: Banco: Caixa Econômica Federal Agência: 2712 Conta corrente: 71080-1	

3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

Unidade: PSF II	CNES: 2570009
Endereço: R GIRASSOL ESQ C PR ISABEL E FLOR DE LA, S/N, JARDIM IMPERIAL, CEP 75360-000	
Cidade: ARAGOIÂNIA - GO	Esfera Administrativa: Pública Natureza: Municipal
Serviços ofertados: (x) Ambulatorial () Internação () UTI () SADT () Hospital dia ☐ Outros:	

4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto: Programa de fortalecimento	Período de execução: 12 meses	
	Início: 10/2024	Término: 09/2025
Identificação do objeto: Investimento (veículo) na área da Saúde no município de Aragoiânia - GO		
Justificativa: A aquisição de um veículo de passeio para a Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Aragoiânia-GO é fundamental para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados à população. A mobilidade adequada é essencial para que os profissionais de saúde possam se deslocar com agilidade entre unidades de atendimento, realizar visitas domiciliares e atender a demandas emergenciais. Além disso, o veículo permitirá um melhor acompanhamento de programas de saúde, como visitas a pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção, garantindo um atendimento mais humanizado e personalizado. Outro ponto relevante é o transporte de materiais, medicamentos e outros insumos essenciais, que muitas vezes precisam ser entregues em diferentes localidades do município. A aquisição do veículo permitirá otimizar a logística, reduzindo o tempo de resposta e assegurando que os recursos cheguem de forma mais rápida e eficiente, o que impacta diretamente na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Além disso, o veículo pode ser utilizado em atividades administrativas e operacionais da FMS, reduzindo a dependência de terceiros e contribuindo para uma maior autonomia no gerenciamento das ações de saúde no município. Portanto, a compra desse veículo representa um investimento estratégico, que visa otimizar os recursos disponíveis, melhorar a qualidade do atendimento e garantir a continuidade dos serviços de saúde essenciais para a população de Aragoiânia.		

5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

LEITOS			
1 – Internação hospitalar			
parâmetros: taxa de ocupação:			
Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, Pediatria Clínica	Quantidade	Leitos/dia	Meta
Capacidade instalada -			
Meta – 100% da capacidade			
ATENDIMENTO			
Descrição	Quantidade realizada/mês		
Atendimento de urgência/emergência	50		

Atendimento ambulatorial – consultas	793
Procedimentos cirúrgicos	10
SADT – radiologia	0
SADT – análises clínicas	793
SADT – Eletrocardiografia	100
SADT – Ultrassonografia	100
Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)	02
Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)	02
Psicologia (profissionais contratados)	03
Serviço Social (profissionais contratados)	01

6 – VALOR DO PROJETO

Valor global: R\$ 100.000,00	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	R\$ 100.000,00	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.

Aragoiânia,

Assinatura: _____

CLEICE ANTONIA
PEREIRA:4398713310
4

Assinado de forma digital por:
CLEICE ANTONIA
PEREIRA:43987133104
Dados: 2024.04.08 10:35:25 -03'00'

Cleice Antônia Pereira
Gestora do Fundo Municipal de Saúde de Aragoiânia – GO

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.