



**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: 202400010045843   |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                             |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                                  |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Nome: Fundo Municipal de Saúde de Piracanjuba                                                                    | CNPJ do FMS:<br>01753396000100 |
| Gestor: Silvia Raquel de Sá Araújo Barbosa                                                                       | CPF: 491.805.251-72            |
| Endereço: Rua Conego Olinto, nº120 Centro – Piracanjuba- Goiás – CEP 75640-136                                   |                                |
| Dados bancários:<br>Banco: Caixa Econômica Federal<br>Agência: 1846                      Conta-corrente: 71318-1 |                                |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                              |                                             |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|
| Unidade: HOSPITAL MUNICIPAL THUANY GARCIA RIBEIRO                                                                            |                                             | CNES: 2382490 |
| Endereço: AVN EXP JOVINO ALVES DA SILVA - POUSO ALTO                                                                         |                                             |               |
| Cidade:<br>Piracanjuba                                                                                                       | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: |               |
| Serviços ofertados:<br>( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                             |               |

#### 4 –DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Título do projeto: Custeio na Área da Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Período de execução: 01 (um) ano |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Início:<br>Outubro/2024          | Término:<br>Setembro/2025 |
| Identificação do objeto: Custeio na Área da Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |                           |
| <p>Justificativa:</p> <p>O município de Piracanjuba no estado de Goiás, tem estimativa populacional de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 24.548 (vinte e quatro mil, quinhentos e quarenta e oito) habitantes, no último censo feito no município em 2020.</p> <p>A presente solicitação de custeio na área da saúde se justifica para atender a demanda de abastecimento do Hospital em tela.</p> <p>O Hospital em tela dispõe de equipamentos e instrumentos de trabalho, mas necessita de incremento de recursos para o custeio, conforme listados na planilha anexa, que irá atender as necessidades e assegurar a continuidade do serviço aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS do município de Piracanjuba – GO.</p> |                                  |                           |

#### 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 15            | Leitos/dia | Meta |
| Capacidade instalada -                                                            |                          |            |      |
| Meta – 100% da capacidade                                                         |                          |            |      |
| ATENDIMENTO                                                                       |                          |            |      |
| Descrição                                                                         | Quantidade realizada/mês |            |      |
| Atendimento de urgência/emergência                                                | 300                      |            |      |
| Atendimento ambulatorial – consultas                                              | 1.000                    |            |      |
| Procedimentos cirúrgicos                                                          | 20                       |            |      |
| SADT – radiologia                                                                 | 100                      |            |      |
| SADT – análises clínicas                                                          | -                        |            |      |
| SADT – Eletrocardiografia                                                         | 50                       |            |      |
| SADT – Ultrassonografia                                                           | -                        |            |      |
| Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado)                  | 01                       |            |      |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)                         | 01                       |            |      |
| Psicologia (profissionais contratados)                                            | 01                       |            |      |
| Serviço Social (profissionais contratados)                                        | 01                       |            |      |

## 6 – VALOR DO PROJETO

|                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| Valor global: R\$ 70.000,00 | 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\$ 70.000,00 | 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.

Piracanjuba em 01 de outubro de 2024.

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

Silvia Raquel de Sá Araújo Barbosa  
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.