



**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>202400010075467 |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                              |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                                   |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nome:<br><b>Fundo Municipal De Saúde de Firminópolis</b>                                                          | CNPJ do FMS:<br><b>11.324.516/0001-08</b> |
| Gestor:<br>João José Silvestre Portela                                                                            | CPF:<br>009.365.221-60                    |
| Endereço:<br>AV Avenida Goiânia, nº 371, Centro, CEP: 76.105-000, Firminópolis – GO                               |                                           |
| <b>Dados bancários:</b><br>Banco: Banco do Brasil<br>Agência: 2065-6                      Conta-corrente: 19048-9 |                                           |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                                                |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Unidade:<br>HOSPITAL MUNICIPAL SANTA GEMMA                                                                                     | CNES:<br>2507870                                      |
| Endereço:<br>JOAQUIM DAVID FERREIRA, nº 808, CENTRO, CEP: 76105-000                                                            |                                                       |
| Cidade:<br>Firminópolis – Goiás                                                                                                | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Municipal |
| Serviços ofertados:<br>(X) Ambulatorial ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( X ) 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 na área da saúde no município de Firminópolis – GO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    |                     |
| Justificativa:<br><p>Firminópolis é um município que tem 76 anos, com projeção população estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2022 de 10.419 e possui 422,340 km² de extensão territorial. Vizinho dos municípios de São Luís de Montes Belos, Turvânia e Adelândia, Firminópolis se situa a 11 km a Sul-Leste de São Luís de Montes Belos a maior cidade nos arredores.</p> <p>A presente solicitação de custeio na área da saúde se justifica para atender a demanda de abastecimento de medicamentos para o Hospital Municipal, a unidade citada dispõem de equipamentos e instrumentos de trabalho, entretanto, necessita de medicamentos para melhor atendimento e promoção de serviços de saúde no município.</p> |                                    |                     |

#### 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                                                | 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:<br>R\$ 220.000,00 | 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\$ 220.000,00 | 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.

Firminópolis /GO, 26 de novembro de 2024.

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

**João José Silvestre Portela**  
**Secretário 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.