



OFÍCIO SESAU/GAB/Nº 277/2026

Votuporanga, 20 de julho de 2026.

ASSUNTO: REQUERIMENTO Nº 82/2026 – SARGENTO MORENO

Prezado Senhor,

Em atenção ao Requerimento nº 82/2026 – Sargento Moreno, segue abaixo as considerações da Secretaria Municipal da Saúde:

1. Encaminhar cópia integral do Relatório Anual de Gestão (RAG) e da respectiva Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde referente ao exercício financeiro objeto da presente fiscalização, contendo todos os anexos, demonstrativos financeiros e documentos complementares.

Resposta: Segue no anexo 1 o Relatório Anual de Gestão (RAG) 2025, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. A prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde (demonstrativos financeiros) referente ao exercício de 2025 estão nos anexos do Despacho 5 – Memorando 16.424/2026 (1Doc.) encaminhado pela SEFAZ.

2. Informar qual é a Organização Social da Saúde (OSS) atualmente responsável pela gestão da Unidade de Pronto Atendimento – UPA, encaminhando cópia integral do Contrato de Gestão firmado com o município, bem como de todos os termos aditivos eventualmente celebrados.

Resposta: A Organização Social de Saúde responsável pelo gerenciamento e execução de ações e serviços e saúde da rede assistencial instalada no município de Votuporanga/SP, em consonância com a Política Nacional, Estadual e Municipal de Saúde do Sistema Único de Saúde e diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde é a Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga, conforme Contrato de Gestão e aditivos (anexo2).



3. Encaminhar cópia do Plano de Trabalho vigente e daqueles executados durante o período fiscalizado, contendo as metas quantitativas e qualitativas pactuadas entre o Município e a Organização Social gestora.

Resposta: Segue no anexo 3 o Plano de Trabalho vigente (2025).

4. Encaminhar os relatórios de execução contratual elaborados pela Organização Social de Saúde, contendo informações sobre o cumprimento de metas assistenciais, operacionais e administrativas previstas no Contrato de Gestão.

Resposta: Segue no anexo 4.

5. Encaminhar cópia integral das prestações de contas apresentadas pela Organização Social gestora da UPA no período correspondente à presente fiscalização, incluindo pareceres técnicos, análises e manifestações emitidas pelos órgãos competentes da Administração Municipal.

Resposta: Os arquivos enviados pelo Departamento de Prestação de Contas da Secretaria de Governo, estão anexos no Despacho 2 – Memorando 16.424/2026 (1Doc.).

6. Informar, de forma detalhada, todos os repasses financeiros efetuados pelo Fundo Municipal de Saúde à Organização Social responsável pela gestão da UPA durante o período fiscalizado, discriminando: a) data do repasse; b) valor transferido; c) fonte do recuso; d) finalidade da despesa; e) número do empenho e da liquidação, quando houver.

Resposta: Os arquivos enviados pela Secretaria Municipal da Fazenda, estão anexos no Despacho 3 – Memorando 16.424/2026 (1Doc.).

7. Encaminhar cópia dos relatórios de acompanhamento, monitoramento e fiscalização realizados pela Secretaria Municipal de Saúde em relação à execução do Contrato de Gestão da UPA, incluindo atas, pareceres, auditorias, inspeções e demais documentos correlatos.

Resposta: Segue em anexo os relatórios da Comissão (anexo 5).



8. Informar se houve penalidades, recomendações, apontamentos, notificações ou determinações à Organização Social gestora durante o período fiscalizado. Em caso positivo, encaminhar cópia integral dos respectivos documentos e das providências adotadas.

Resposta: Não houve.

9. Informar a relação nominal dos servidores públicos lotadas na UPA durante o período fiscalizando indicando: a) cargo; b) função exercida; c) vínculo profissional; d) jornada de trabalho.

Resposta: Segue abaixo os dados do servidor lotado na UPA no período fiscalizado (2025):

Nome	Cargo	Função Exercida	Vínculo Profissional	Jornada de Trabalho
Waldinei da Silva Bongiovane	Especialista em Saúde XIV	Enfermeiro	Estatutário	40 horas semanais

10. Informar a relação dos profissionais contratados pela Organização Social de Saúde para atuação na UPA durante o período fiscalizado, especificando: a) função exercida; b) regime de contratação; c) carga horária; d) quantitativo por categoria profissional.

Resposta: Segue abaixo as informações enviadas pela Organização Social de Saúde no período fiscalizado (2025):

Função exercida	Regime de contratação	Carga horária semanal	Quant. Por categoria
ASSISTENTE SOCIAL JR	CLT	30 horas semanais	2
AUX ADMINISTRATIVO JR	CLT	40 horas semanais	2
AUX ENFERMAGEM JR	CLT	36 horas semanais	1
AUX FARMÁCIA I	CLT	40 horas semanais	1
AUX LIMPEZA I	CLT	36 horas semanais	8
ENFERMEIRO CLÍNICO	CLT	36 horas semanais	9
ESTAG ENFERMAGEM	Estágio UNIFEV	30 horas semanais	2
FARMACEUTICO JR	CLT	36 horas semanais	5
GERENTE ENFERMAGEM JR	CLT	40 horas semanais	1
RECEPCIONISTA JR	CLT	36 horas semanais	11
SEGURANÇA I	CLT	36 horas semanais	5
TEC EM ENFERMAGEM JR *	CLT	36 horas semanais	28
TEC GESSO HOSPITAL JR	CLT	40 horas semanais	2
TEC RADIOLOGIA JR	CLT	24 horas semanais	3
TEC RADIOLOGIA JR	CLT	20 horas semanais	1
TEC RADIOLOGIA JR	Prestador	24 horas semanais	2
MÉDICO 07H ÀS 19H	Prestador	12h por dia	4
MÉDICO 19H ÀS 22H	Prestador	03h por dia	3
MÉDICO 22H ÀS 07H	Prestador	09h por dia	2

Nota

* Dos 28 técnicos de enfermagem, informamos que 2 colaboradoras são gestantes e, em conformidade com a legislação vigente, foram realocadas para setores não insalubre. Dessa forma, permanecem 26 técnicos de enfermagem em atividade nos setores assistenciais inicialmente previstos.



Av. Sebastião Vaz de Oliveira nº 480
Jardim Universitário - CEP 15.503-452
secretariasau@votuporanga.sp.gov.br



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 8766-047C-7F1B-BE1D

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



IVONETE FELIX DO NASCIMENTO (CPF 085.XXX.XXX-08) em 20/07/2026 15:09:49 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://votuporanga.1doc.com.br/verificacao/8766-047C-7F1B-BE1D>

Documento enviado para assinatura ao(s): NÃO HÁ OU NÃO O INFORMADO.
Para verificar a(s) assinatura(s), utilize o seu validador preferencial.
e-CAM | PROCESSO ELETRÔNICO | <<<<>>>> DOCUMENTO OFICIAL <<<<>>>> DATA / HORA: 27/07/2026 15:34:44 | CÂ MARA MUNICIPAL DE VOTUPORANGA/SP.
CHAVE DE ACESSO: PROTM-105271-1J3G00-5C214M | Para validar acesse nosso Portal em: <http://www.camaravotuporanga.sp.gov.br>.

