



Nº / ANO DA PROPOSTA:

043310/2018

OBJETO:

AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE

JUSTIFICATIVA:

O Hospital Madre Regina Protmann (HMRP) é uma das obras da Associação Congregação de Santa Catarina no Estado do Espírito Santo. O HMRP, CNES 2532190, é hospital geral de médio porte, com 82 leitos ativos, com mais de 80% de atendimentos de pacientes pelo SUS. O HMRP solicita a aquisição de 4 (quatro) monitores Multiparâmetros e 02 (dois) ventiladores pulmonar para a substituição de equipamentos da Unidade de Terapia Intensiva ? UTI, uma vez que confirme laudos anexos, ainda possuímos em nosso parque tecnológico equipamentos antigos, que mesmo diante de manutenções preventivas, apresentam problemas técnicos.

Informamos ainda que o HMRP não disponibiliza de engenharia clínica, nem de empresa terceirizada neste segmento. Todo o suporte e desenvolvimento das atividades afins, bem como análise e pareceres sobre os equipamentos instalados no parque tecnológico Hospital Madre Regina Protmann são de responsabilidade do Coordenador de Infraestrutura Diomar Blank. Esclarecemos ainda que disponibilizamos de recursos humanos capacitados e habilitados para a operacionalização destes equipamentos.

A execução do objeto deste Plano de Trabalho, possibilitará efetivar dignamente e de forma permanente a missão iniciada pelas Irmãs de Santa Catarina, acolhendo cada ser humano na sua integralidade, conciliando eficácia organizacional, valores cristãos e compromissos com as necessidades das comunidades, disponibilizando acesso à serviços de qualidade aos Usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, sem distinção de cultura, credo religioso, cor, raça e situação socioeconômica.

1 - DADOS DO CONCEDENTE

CONCEDENTE: 36000	NOME DO ÓRGÃO/ÓRGÃO SUBORDINADO OU UG: MINISTERIO DA SAUDE	
CPF DO RESPONSÁVEL: 469.974.314-53	NOME DO RESPONSÁVEL: ADEILSON LOUREIRO CAVALCANTE	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: Esplanada dos Ministérios Bloco G - Gabinete		CEP DO RESPONSÁVEL: 70058-900

2 - DADOS DO PROPONENTE

PROponente: 60.922.168/0001-86					
Razão Social do Proponente: ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA					
Endereço Jurídico do Proponente: RUA CINCATO BRAGA, 144					
Cidade: SAO PAULO	UF: SP	Código Município: 7107	CEP: 01333010	E.A.: Entidade Privada sem fins lucrativos	DDD/Telefone: 1130164222
Banco: 104 - CAIXA ECONOMICA	Agência: 1679-9	Conta Corrente: 0030032476			
CPF do Responsável: 341.757.417-04	Nome do Responsável: MARIA GREGORINE				
Endereço do Responsável: RUA BINGEN, 73, CX. P. 90034 - BINGEN				CEP do Responsável: 25660003	

4 - DADOS DO EXECUTOR/VALORES

VALOR GLOBAL:	R\$ 250.000,00	
VALOR DA CONTRAPARTIDA:	R\$ 0,00	
VALOR DOS REPASSES:	Ano	Valor
	2018	R\$ 250.000,00
VALOR DA CONTRAPARTIDA FINANCEIRA:	R\$ 0,00	
VALOR DA CONTRAPARTIDA EM BENS E SERVIÇOS:	R\$ 0,00	
VALOR DE RENDIMENTOS DE APLICAÇÃO:	R\$ 0,00	
INÍCIO DE VIGÊNCIA:	25/09/2018	
FIM DE VIGÊNCIA:	25/09/2019	
VIGÊNCIA DO CONVÊNIO:	2019	

5 - PLANO DE TRABALHO

Meta nº: 1

Especificação: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes			
Unidade de Medida: UN	Quantidade: 6.0	Valor:	R\$ 250.000,00
Início Previsto: 25/09/2018	Término Previsto: 25/09/2019	Valor Global:	R\$ 250.000,00
UF: SP	Município: 7107 - SAO PAULO	CEP:	
Endereço:			
Etapa/Fase nº: 1			
Especificação: Etapa - Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes			
Quantidade: 6.0 UN	Valor: R\$ 250.000,00	Início Previsto: 25/09/2018	Término Previsto: 25/09/2019

**6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO
MINISTERIO DA SAUDE**

MÊS DESEMBOLSO: Setembro	ANO: 2018
META Nº: 1	VALOR DA META: R\$ 250.000,00
DESCRIÇÃO: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes	
VALOR DO REPASSE:	R\$ 250.000,00 PARCELA Nº: 1

**7 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO
ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA**

8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 010985-Monitor Multiparâmetros para UTI				
NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio			NATUREZA DA DESPESA: 449052	
ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AVENIDA DAS ACACIAS				
CEP: 29650-000	UF: ES	MUNICÍPIO: 5691 - SANTA TERESA		
UNIDADE: UN	QUANTIDADE: 4,00	V. UNITÁRIO: R\$ 35.000,00	V.TOTAL: R\$ 140.000,00	
OBSERVAÇÃO: 5 PARÂMETROS BÁSICOS: ECG/RESP/SPO2/PNI/TEMP, TIPO DE MONITOR: ESTRUTURA MISTA OU MODULAR, TAMANHO DA TELA: DE 14 A 20, SUPORTE P/ MONITOR: POSSUI, PRESSÃO INVASIVA (PI): NÃO POSSUI, DÉBITO CARDÍACO: NÃO POSSUI, CAPNOGRAFIA / AGENTES ANESTÉSICOS/ÍNDICE DE SEDAÇÃO ANESTÉSICA: MÉT. ASPIR. DE BAIXO FLUXO:ATÉ 50ML/MIN / SEM AGENTES ANESTÉSICOS/SEM ÍNDICE DE SEDAÇÃO ANESTÉSICA				
DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 011425-Ventilador Pulmonar Pressométrico e Volumétrico				
NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio			NATUREZA DA DESPESA: 449052	
ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AVENIDA DAS ACACIAS				
CEP: 29650-000	UF: ES	MUNICÍPIO: 5691 - SANTA TERESA		
UNIDADE: UN	QUANTIDADE: 2,00	V. UNITÁRIO: R\$ 55.000,00	V.TOTAL: R\$ 110.000,00	
OBSERVAÇÃO: Ventilador Pulmonar eletrônico microprocessado para pacientes neonatais, pediátricos e adultos. Possuir os seguintes modos de ventilação ou modos ventilatórios compatíveis: Ventilação com Volume Controlado; Ventilação com Pressão Controlada; Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada; Ventilação com suporte de pressão; Ventilação com fluxo contínuo, ciclado a tempo e com pressão limitada ou modo volume garantido para pacientes neonatais; Ventilação em dois níveis, Ventilação Não Invasiva; Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas - CPAP; Ventilação de Back up no mínimo nos modos espontâneos; Sistema de Controles: Possuir controle e ajuste para pelo menos os parâmetros com as faixas: Pressão controlada e pressão de suporte de no mínimo até 60cmH2O; Volume corrente de no mínimo entre 10 a 2000ml; Frequência respiratória de no mínimo até 100rpm; Tempo inspiratório de no mínimo entre 0,3 a 5,0 segundos; PEEP de no mínimo até 40cmH2O; Sensibilidade inspiratória por fluxo de no mínimo entre 0,5 a 2,0 lpm; FiO2 de no mínimo 21 a 100%. Sistema de Monitorização: Tela colorida de no mínimo 12 polegadas touch-screen; Monitoração de volume por sensor proximal para pacientes neonatais e distal para pacientes adultos, sendo obrigatoriamente autoclavável para os pacientes neonatais - deverá ser fornecido dois sensores de fluxo para cada categoria de paciente; Principais parâmetros monitorados / calculados: Volume corrente exalado, Volume corrente inspirado, pressão de pico, pressão de platô, PEEP, pressão média de vias aéreas, frequência respiratória total e espontânea, Tempo inspiratório, Tempo expiratório, FiO2 com monitoração por sensor paramagnético ou ultrassônico, relação I:E, resistência, complacência, pressão de oclusão e auto PEEP. Apresentação de curvas pressão x tempo, fluxo x tempo, volume x tempo, loops pressão x volume e fluxo x volume e apresentação de gráficos com as tendências para os principais dados monitorados. Sistema de Alarmes com pelo menos: Alarmes de alta e baixa pressão inspiratória, alto e baixo volume minuto, frequência respiratória, alta/baixa FiO2, apneia, falha no fornecimento de gás, falta de energia, baixa carga da bateria e para ventilador sem condição para funcionar, ou similar. Recurso de nebulização incorporado ao equipamento sem alteração da FIO2 ajustada; Tecla para pausa manual inspiratória e expiratória. Armazenar na memória os últimos parâmetros ajustados; Bateria interna recarregável com autonomia de no mínimo 120 minutos; O Ventilador deverá continuar ventilando o paciente mesmo com a falta de um dos gases em caso de emergência e alarmar indicando o gás faltante. Acompanhar no mínimo os acessórios: Umidificador aquecido, Jarra Térmica, Braço articulado, Pedestal com rodízios, 2 Circuito paciente pediátrico/adulto, 2 Circuito paciente neonatal/pediátrico, 2 válvulas de exalação, Mangueiras para conexão de oxigênio e ar comprimido, Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.ESPECIFICAR: SIM				

9 - PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO

NATUREZA DA DESPESA				
Código	Total	Recursos	Contrapartida Bens e Serviços	Rendimento de Aplicação
449052	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
TOTAL GERAL:	R\$ 250.000,00			

10 - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao _____ para efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem quaisquer débitos em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal, que impeça a transferência de recursos oriundos das dotações consignadas nos orçamentos da União, na forma deste plano de trabalho.

Pede Deferimento,

Local e Data

Proponente

11 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE DO PLANO DE TRABALHO

Aprovado

Local e Data

Concedente
(Representante legal do Órgão ou Entidade)

12 - ANEXOS