



MINISTERIO DA SAUDE

PLATAFORMA +BRASIL

**Nº / ANO DA PROPOSTA:**

054396/2019

**OBJETO:**

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

**CARACTERIZAÇÃO DOS INTERESSES RECÍPROCOS:**

O interesse da proposta está diretamente ligado ao Programa Prioritário do Ministério da Saúde de apoio à ATENÇÃO ESPECIALIZADA e SERVIÇO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE. Sendo referência no atendimento de saúde, o Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição está alinhado à finalidade da Atenção Especializada de realizar a atenção de modo integral aos usuários do serviço de média e alta complexidade.

**RELAÇÃO ENTRE A PROPOSTA E OS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO PROGRAMA:**

A proposta apresentada vai de encontro aos programas prioritários do Ministério da Saúde destinados à ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE SAÚDE, cujo objeto é a AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE. Por meio deste objeto se faz possível atingir o Objetivo Geral da proposta de qualificar o atendimento aos pacientes dos municípios onde o HCNSC é referência no atendimento de saúde.

**PÚBLICO ALVO:**

Pacientes Neonatos e gestantes, 1.593 pacientes que realizaram cirurgias no Centro Cirúrgico, além dos 353 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva durante um ano, pelo SUS. (Estimativa com base no ano de 2018).

**PROBLEMA A SER RESOLVIDO:**

A presente proposta busca resolver os seguintes problemas: obsolescências dos equipamentos; demora nos atendimentos aos pacientes, uma vez que alguns procedimentos dependem de equipamentos que estão sendo utilizados em outros usuários; equipamentos antigos. Para tanto há necessidade de adquirir novos equipamentos com tecnologia mais moderna, garantindo a segurança e qualidade no atendimento aos pacientes.

**RESULTADOS ESPERADOS:**

O resultado esperado da proposta apresentada é promover, por meio da AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE, um atendimento mais qualificado, ágil e seguro às 400 mil pessoas que tem o HCNSC como referência no atendimento em saúde, e especificamente os 1.946 pacientes atendidos durante o ano no Centro Cirúrgico e na UTI do Hospital.

**1 - DADOS DO CONCEDENTE**

<b>CONCEDENTE:</b> 36000	<b>NOME DO ÓRGÃO/ÓRGÃO SUBORDINADO OU UG:</b> MINISTERIO DA SAUDE	
<b>CPF DO RESPONSÁVEL:</b> 519.421.431-68	<b>NOME DO RESPONSÁVEL:</b> LUIZ HENRIQUE MANDETTA	
<b>ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:</b> Esplanada dos Ministérios Bloco G Gabinete		<b>CEP DO RESPONSÁVEL:</b> 70058-900

**2 - DADOS DO PROPONENTE**

<b>PROponente:</b> 60.922.168/0001-86					
<b>Razão Social do Proponente:</b> ASSOCIACAO CONGREGACAO DESANTA CATARINA					
<b>Endereço Jurídico do Proponente:</b> RUA CINCATO BRAGA, 144					
<b>Cidade:</b> SAO PAULO	<b>UF:</b> SP	<b>Código Município:</b> 7107	<b>CEP:</b> 01333010	<b>E.A.:</b> Entidade Privada sem fins lucrativos	<b>DDD/Telefone:</b> 1130164222
<b>Banco:</b> 104 - CAIXA ECONOMICA		<b>Agência:</b> 1679-9		<b>Conta Corrente:</b> 0030033600	
<b>CPF do Responsável:</b> 341.757.417-04	<b>Nome do Responsável:</b> MARIA GREGORINE				
<b>Endereço do Responsável:</b> RUA BINGEN, 73, CX. P. 90034 - BINGEN				<b>CEP do Responsável:</b> 25660003	

**4 - DADOS DO EXECUTOR/VALORES**

<b>VALOR GLOBAL:</b>	R\$ 1.200.000,00	
<b>VALOR DA CONTRAPARTIDA:</b>	R\$ 0,00	
<b>VALOR DOS REPASSES:</b>	Ano	Valor
	2019	R\$ 1.200.000,00
<b>VALOR DA CONTRAPARTIDA FINANCEIRA:</b>	R\$ 0,00	
<b>VALOR DA CONTRAPARTIDA EM BENS E SERVIÇOS:</b>	R\$ 0,00	
<b>VALOR DE RENDIMENTOS DE APLICAÇÃO:</b>	R\$ 0,00	
<b>INÍCIO DE VIGÊNCIA:</b>	23/12/2019	
<b>FIM DE VIGÊNCIA:</b>	17/12/2020	
<b>VIGÊNCIA DO CONVÊNIO:</b>	2020	

**5 - PLANO DE TRABALHO**

**Meta nº: 1**

<b>Especificação:</b> Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes			
<b>Unidade de Medida:</b> UN	<b>Quantidade:</b> 25.0	<b>Valor:</b>	R\$ 1.200.000,00
<b>Início Previsto:</b> 23/12/2019	<b>Término Previsto:</b> 17/12/2020	<b>Valor Global:</b>	R\$ 1.200.000,00
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> 7107 - SAO PAULO	<b>CEP:</b>	
<b>Endereço:</b>			
<b>Etapa/Fase nº:</b> 1			
<b>Especificação:</b> Etapa - Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes			
<b>Quantidade:</b> 25.0 UN	<b>Valor:</b> R\$ 1.200.000,00	<b>Início Previsto:</b> 23/12/2019	<b>Término Previsto:</b> 17/12/2020

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

<b>MÊS DESEMBOLSO:</b> Dezembro	<b>ANO:</b> 2019
<b>META Nº:</b> 1	<b>VALOR DA META:</b> R\$ 1.200.000,00
<b>DESCRIÇÃO:</b> Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes	
<b>VALOR DO REPASSE:</b>	<b>PARCELA Nº:</b> 1

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

## 8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 011673-Monitor Multiparâmetros para Centro Cirúrgico				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 1,00	<b>V. UNITÁRIO:</b>	R\$ 70.000,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 70.000,00
<b>OBSERVAÇÃO:</b> 5 PARÂMETROS BÁSICOS: ECG/RESP/SPO2/PNI/TEMP, TIPO DE MONITOR: PRÉ CONFIGURADO, TAMANHO DA TELA: DE 14 A 20, PRESSÃO INVASIVA (PI): POSSUI, SUPORTE P/ MONITOR: POSSUI, CAPNOGRAFIA / AGENTES ANESTÉSICOS/ÍNDICE DE SEDAÇÃO ANESTÉSICA: MÉT. ASPIR. DE BAIXO FLUXO:ATÉ 50ML/MIN / COM AGENTES ANESTÉSICOS/SEM ÍNDICE DE SEDAÇÃO ANESTÉSICA				
<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 011243-Grupo Gerador (acima de 300 KVA)				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 1,00	<b>V. UNITÁRIO:</b>	R\$ 282.720,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 282.720,00
<b>OBSERVAÇÃO:</b> Grupo Gerador Estacionário Silenciado, na potência mínima de 500kVA / 400 kW (regime de operação contínuo / Stand-By), com pressão acústica a 7 metros entre 70 a 75 dB(A), painel digital, fator de potência 0.8, Trifásico, na tensão 220/127 V, 60 Hz, com disjuntor tripolar de proteção mecânico, motor a diesel, a 1.800 RPM, refrigerado água (Radiador),6 cilindros em linha, governador eletrônico de velocidade e alternador trifásico, 4 polos, tipo BRUSHLESS,reconectável em 220/380 ou 440 v, com AVR e partida elétrica 24 v; Autonomia mínima de até 8 horas, em funcionamento contínuo. Deve acompanhar: Sistema de silenciador hospitalar, quadro QTA de acordo com a potência do gerador, sistema de pré-aquecimento e bandeja de contenção de líquidos na base.ESPECIFICAR: SIM				

<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000537-Incubadora Neonatal (estacionária)				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 5,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 28.619,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 143.095,00	
<p><b>OBSERVAÇÃO:</b> Equipamento construído em material não-ferroso para evitar oxidações e facilitar assepsia; Cúpula em acrílico transparente de paredes duplas para evitar a perda de calor por irradiação; Possuir trava de segurança e/ou mecanismo de amortecimento para fechamento suave da cúpula para evitar acidentes; possuir porta de acesso rebatível; Possui pelo menos 5 portinholas ovais com trincos que possam ser abertos com os cotovelos e fechamento sobre guarnição de material atóxico, garantindo o isolamento e a condição de leve pressão positiva dentro da câmara; possuir pelo menos uma portinhola do tipo íris, permitindo a passagem e posicionamento de circuitos de respiradores, facilitando as manobras de intubação, sem alterar as condições do ambiente, possuir passa-tubos nas laterais da cúpula, permitindo o acesso de cabos e circuitos para o paciente; Suporte com rodízios de pelo menos 4 polegadas e freios; Leito do paciente construído em material plástico, atóxico e radiotransparente, permitindo o procedimento de radiografia sem remover o paciente, ajustes do leito nas posições mínimas de Trendelenburg e Próclive, sem abrir a cúpula; possibilidade de deslocamento do leito para fora da cúpula, na parte frontal, através de trilhos, com trava de segurança; Possuir colchão de espuma de densidade adequada ao conforto do paciente; capa de materiais atóxicos e autoextinguíveis; Não possuir cantos vivos, facilitando os trabalhos de limpeza e desinfecção; Painel de controle microprocessado de fácil acesso e remoção para manutenção e calibração, possuir display de LCD ou LEDs que apresente as informações dos parâmetros monitorados; Servocontrole de temperatura do ar ATC (Temperatura do ar controlada) e de pele ITC (Temperatura do RN Controlada), servocontrole contínuo de umidade relativa do ar; Alarmes de indicação visual e sonoro de no mínimo: Alta temperatura ar/pele; Baixa temperatura ar/pele; Alta de circulação do ar; Hipotermia e hipertermia, Desconexão do sensor à pele do paciente, Falta de sensor, Falta de energia, Desligamento automático em caso de alta temperatura; Sistema de segurança; Possuir tecla para silenciar alarmes momentaneamente; Indicação das temperaturas medidas e ajustadas de pele e ar, pelo menos. Memorização dos últimos valores programados de temperaturas, umidade e alarmes para o caso de falta de energia; Sistema de circulação de ar dentro da cúpula. Acompanhar o equipamento no mínimo: Gabinete (1 ou 2 gavetas); Suporte de soro; e Duas prateleiras giratórias para suporte de equipamentos que suporte mínimo 6 kg. Todos os cabos, sensores, adaptadores e conectores necessários ao seu funcionamento. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.ESPECIFICAR: SIM</p>				

<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 011425-Ventilador Pulmonar Pressométrico e Volumétrico				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 4,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 55.000,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 220.000,00	
<p><b>OBSERVAÇÃO:</b> 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 60cmH20; 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 40cmH20; 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 no mínimo para PEEP, complacência, frequência respiratória, volume expiratório e resistência das vias aéreas. Sistema de Alarmes com pelo menos: Alarmes de alta e baixa pressão inspiratória, alto e baixo volume minuto, frequência respiratória, alta/baixa FiO2, apneia, pressão de O2 baixa, pressão de ar baixa, 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 30 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</p>				
<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000936-Cardioversor				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 2,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 30.000,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 60.000,00	
<p><b>OBSERVAÇÃO:</b> MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO: POSSUI, MÓDULO DEA: POSSUI, OXIMETRIA (SPO2): POSSUI, IMPRESSORA: POSSUI, TIPO: BIFÁSICO, BATERIA: POSSUI, COMANDO NAS PÁS: AJUSTE, CARGA E DISPARO. MEMÓRIA DE ECG: POSSUI. PÁS INTERNAS: NÃO POSSUI</p>				
<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000936-Cardioversor				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 2,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 30.000,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 60.000,00	
<p><b>OBSERVAÇÃO:</b> MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO: POSSUI, MÓDULO DEA: POSSUI, OXIMETRIA (SPO2): POSSUI, IMPRESSORA: POSSUI, TIPO: BIFÁSICO, BATERIA: POSSUI, COMANDO NAS PÁS: AJUSTE, CARGA E DISPARO. MEMÓRIA DE ECG: POSSUI. PÁS INTERNAS: NÃO POSSUI</p>				

<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000553-Berço Aquecido				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 3,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 17.678,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 53.034,00	
<b>OBSERVAÇÃO:</b> Equipamento com sistema de aquecimento de calor irradiante por elemento aquecedor localizado na parte superior do berço. Possuir giro bilateral no plano horizontal para posicionamento do aparelho de raios X; possuir bandeja para alojamento do filme radiográfico. Leito do recém-nascido construído em material plástico radiotransparente com laterais rebatíveis e/ou removíveis para facilitar o acesso ao paciente, ajustes do leito nas inclinações mínimas de Trendelenburg e Próclive; colchão de espuma de densidade adequada ao leito do paciente em material atóxico e autoclavável, com revestimento removível e antialérgico nas dimensões do berço. Estrutura em aço pintado em tinta epóxi ou similar, mobilidade através de rodízios com freios e pára-choques frontal e traseiro. Display a LED ou LCD para indicação de temperatura atual, temperatura auxiliar, leitura da temperatura ambiente e nível de potência; memória para retenção dos valores programados. Sistema de controle microprocessado, com modo de operação servo controlado através de sensor ligado ao RN e manual; relógio Apagar incorporado; alarmes audiovisuais intermitentes para visualização da falta de energia; falha na resistência de aquecimento; falta de sensor ou desalojamento do sensor no paciente; hipotermia e hipertermia; alta temperatura prolongada; advertência de rotina. Deverá acompanhar o equipamento no mínimo: Bandeja sob o leito para armazenamento de materiais diversos e haste para suporte de soro. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.ESPECIFICAR: SIM				
<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000852-Incubadora de Transporte Neonatal				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 1,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 35.401,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 35.401,00	
<b>OBSERVAÇÃO:</b> Equipamento possui cúpula construída em acrílico transparente, com paredes duplas em toda sua superfície para proteção do paciente contra perda de calor. Base em material plástico, possuir alças para transporte e dois suportes para cilindros de gases medicinais. Porta de acesso frontal e outra porta de acesso lateral, ambas com paredes duplas; possuir portinholas com manga punho e guarnições autoclaváveis em silicone atóxico; 1 portinhola tipo íris para passagem de tubos e drenos. Para-choque que protege todo o perímetro da incubadora. Deve possuir leito removível em material plástico antialérgico com dimensões que permitam adequada ergonomia para cintos de segurança em material macio e resistente, de fácil ajuste. Deve possuir colchão removível, impermeável e de material atóxico e auto-extinguível com espuma com densidade adequada, sem costura, prensada e capa removível. Entrada de oxigênio sem despejo de gás para a atmosfera, permitindo alta eficiência, economia e proteção, acoplada a suporte com altura ajustável, com rodízios e freios. Umidificação através de espuma sob o leito. Iluminação auxiliar com haste flexível para ajuste do foco. Deve possuir filtro de retenção bacteriológico. Painel de controle deve proporcionar a monitorização térmica do ambiente do paciente, possuir controle microprocessado de temperatura de ar do ambiente interno da incubadora e controle de temperatura do neonato mediante um sensor de temperatura de pele. Deve possuir alarmes audiovisuais para falta de energia elétrica e falta de energia da bateria, bateria em carregamento, falta de circulação de ar, alta/baixa temperatura do ar, sensor do RN desconectado, Hipotermia/hipertermia, indicação do modo de alimentação, indicação das temperaturas do ar. Deve possuir indicação visual do status ligado/desligado do aparelho; deve possuir bateria recarregável com autonomia de pelo menos 4 horas; carregador automático do tipo flutuante incorporado. Acompanhar o equipamento, no mínimo: carro de transporte tipo maca, com altura ajustável, resistente à choques mecânicos, acoplável à ambulância, 2 cilindros em alumínio tipo D ou E para oxigênio ou ar comprimido com válvula redutora e manômetro, suporte de soro com altura ajustável, prateleira para colocação de periféricos; cabos de ligação, tubo de oxigênio com regulador e fluxômetro, colchonete confeccionado em material atóxico e demais componentes necessários a instalação e funcionamento do equipamento. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.ESPECIFICAR: SIM				



<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000321-Aparelho para Fototerapia (icterícia/neonatologia)				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 4,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 5.000,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 20.000,00	
<b>OBSERVAÇÃO:</b> ILUMINAÇÃO: LED, BERÇO EM ACRÍLICO: NÃO POSSUI, PAINEL DE CONTROLE MICROPROCESSADO: POSSUI, AJUSTE DE IRRADIÂNCIA: POSSUI				
<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000673-Monitor Multiparâmetros				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 1,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 15.000,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 15.000,00	
<b>OBSERVAÇÃO:</b> 5 PARÂMETROS BÁSICOS: ECG/RESP/SPO2/PNI/TEMP, TIPO DE MONITOR: PRÉ CONFIGURADO, TAMANHO DO MONITOR: DE 10 A 12, SUPORTE P/ MONITOR: POSSUI				
<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000361-Aparelho de Raios X - Móvel				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA MAESTRO COSTA BARROS				
<b>CEP:</b> 25805-090	<b>UF:</b> RJ	<b>MUNICÍPIO:</b> 5919 - TRES RIOS		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 1,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 240.750,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 240.750,00	
<b>OBSERVAÇÃO:</b> Comando e gerador de raios-x: Potência de no mínimo de 30kW ou superior; Sistema de Controle microprocessado; Pannel de membrana com teclas do tipo simples toque; kV para Radiografia de 40kV ou menor a 125kV ou maior (com ao menos 23 passos ou mais); mA para Radiografia de pelo menos 200 mA ou maior; Variação de mAs de 0,5 ou menor a 160mAs ou maior; Tempo de exposição mínimo de 4 ms ou menor; Programa de detecção de falhas com indicação no display digital do pannel; Acionamento de ânodo giratório por impulso rápido; Cabo disparador em dois estágios com comprimento de no mínimo 3m; Cabo de rede com comprimento de no mínimo 4m; Conexão via tomada simples de 3 pinos; Braço articulado pantográfico ou telescópico; Sistema conjugado ao gerador; Estativa porta tubo com braço articulado ou telescópico; Rotação do conjunto Unidade Selada/ Colimador de 170 graus; Tubo de Raios X com anodo giratório de rotação de no mínimo 2.800 RPM; Foco duplo de no máximo 1,5mm e 0,6mm ou foco único de 0,8mm; Capacidade calórica do ânodo de no mínimo 105KHU ou superior. Colimador manual com campo luminoso ajustável indicando área a ser irradiada; Temporizador eletrônico de 30s; Rotação do campo de radiação de pelo menos 90 graus.ESPECIFICAR: SIM				

#### 9 - PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO

NATUREZA DA DESPESA				
Código	Total	Recursos	Contrapartida Bens e Serviços	Rendimento de Aplicação
449052	R\$ 1.200.000,00	R\$ 1.200.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>TOTAL GERAL:</b>	<b>R\$ 1.200.000,00</b>			

## 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

### Documentos Digitalizados do Convênio

**Nome do Arquivo:**

Diario Oficial da União Extrato de Convênio...pdf

Termo do Convênio n. 893121.pdf