



MINISTERIO DA SAUDE

PLATAFORMA +BRASIL

**Nº / ANO DA PROPOSTA:**

026972/2019

**OBJETO:**

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

**CARACTERIZAÇÃO DOS INTERESSES RECÍPROCOS:**

O interesse do Hospital Santa Isabel em apresentar proposta ao Ministério da Saúde está diretamente ligado ao Programa Prioritário do Ministério da Saúde de apoio à ATENÇÃO ESPECIALIZADA - SERVIÇO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE. O Hospital Santa Isabel está alinhado à finalidade da Atenção Especializada de realizar a atenção de modo integral aos usuários do serviço de média e alta complexidade, em todos os pontos de atenção.

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

A proposta apresentada tem como Objetivo Geral qualificar o atendimento SUS aos pacientes atendidos no Hospital Santa Isabel. Para tanto, a mesma 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.

**PÚBLICO ALVO:**

Direto: O público alvo que será diretamente beneficiado pela proposta, em média 4.016 pacientes atendidos no Centro Cirúrgico durante um ano, pelo SUS no HSI (estimativa com base no ano de 2018).

Indireto: O público alvo indiretamente beneficiado é composto por mais de 782 mil habitantes do Médio Vale do Itajaí onde o Hospital Santa Isabel é a Instituição de saúde de referência. Garantindo que essa população tenha condições adequadas de atendimento caso necessitem dos serviços do Hospital.

**PROBLEMA A SER RESOLVIDO:**

A presente proposta busca resolver os seguintes problemas: a obsolescência do equipamento; a interferência na agenda cirúrgica, uma vez que alguns procedimentos dependem de equipamentos que estão sendo utilizados em outros usuários. Para tanto há necessidade de adquirir novo equipamento com tecnologia mais moderna, garantindo a segurança e qualidade no atendimento aos pacientes.

**RESULTADOS ESPERADOS:**

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 à disposição de 782 mil pessoas que tem o Hospital Santa Isabel como referência no atendimento em saúde, especificamente os 4.016 pacientes em média de atendimentos no Centro Cirúrgico do Hospital (durante o ano).

**1 - DADOS DO CONCEDENTE**

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

**2 - DADOS DO PROPONENTE**

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

**4 - DADOS DO EXECUTOR/VALORES**

|   |                |                |
|---|----------------|----------------|
| <b>VALOR GLOBAL:</b>                              | R\$ 420.000,00 |                |
| <b>VALOR DA CONTRAPARTIDA:</b>                    | R\$ 20.000,00  |                |
| <b>VALOR DOS REPASSES:</b>                        | Ano            | Valor          |
|   | 2019           | R\$ 400.000,00 |
| <b>VALOR DA CONTRAPARTIDA FINANCEIRA:</b>         | R\$ 20.000,00  |                |
| <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>                        | 07/06/2019     |                |
| <b>FIM DE VIGÊNCIA:</b>                           | 24/03/2020     |                |
| <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> 1.0              | <b>Valor:</b>                         | R\$ 420.000,00                         |
| <b>Início Previsto:</b> 07/06/2019  | <b>Término Previsto:</b> 24/03/2020 | <b>Valor Global:</b>                  | R\$ 420.000,00                         |
| <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><br>1.0 UN  | <b>Valor:</b><br>R\$ 420.000,00     | <b>Início Previsto:</b><br>07/06/2019 | <b>Término Previsto:</b><br>24/03/2020 |

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

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>MÊS DESEMBOLSO:</b> Junho  | <b>ANO:</b> 2019                     |
| <b>META Nº:</b> 1   | <b>VALOR DA META:</b> R\$ 400.000,00 |
| <b>DESCRIÇÃO:</b> Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes |                                      |
| <b>VALOR DO REPASSE:</b>  | R\$ 400.000,00 <b>PARCELA Nº:</b> 1  |

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

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <b>MÊS DESEMBOLSO:</b> Junho  | <b>ANO:</b> 2019                    |
| <b>META Nº:</b> 1   | <b>VALOR DA META:</b> R\$ 20.000,00 |
| <b>DESCRIÇÃO:</b> Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes |                                     |
| <b>VALOR DO REPASSE:</b>  | R\$ 20.000,00 <b>PARCELA Nº:</b> 1  |

## 8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

|   |                         |                                    |                                    |  |
|---|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000253-Arco Cirúrgico  |                         |                                    |                                    |  |
| <b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio  |                         |                                    | <b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052 |  |
| <b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 300   |                         |                                    |                                    |  |
| <b>CEP:</b> 89010-906   | <b>UF:</b> SC           | <b>MUNICÍPIO:</b> 8047 - BLUMENAU  |                                    |  |
| <b>UNIDADE:</b> UN  | <b>QUANTIDADE:</b> 1,00 | <b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 420.000,00 | <b>V.TOTAL:</b> R\$ 420.000,00     |  |
| <p><b>OBSERVAÇÃO:</b> Arco cirúrgico móvel com intensificador de imagens para aplicações em procedimentos ortopédicos, urológicos, gastrointestinais, vasculares e cirurgias gerais. Arco com movimento vertical motorizado igual ou maior a 42 cm, movimento orbital de no mínimo 120 graus ou superior, angulação total de pelo menos 380 graus ou superior, distância da fonte ao intensificador de imagem de no mínimo 90 cm e profundidade de no mínimo 70 cm, espaço livre de no mínimo 72 cm. Intensificador com no mínimo 3 campos, sendo o maior de 9 polegadas, e alta eficiência de conversão e alta resolução. Dois monitores TFT ou LCD de no mínimo 18 polegadas ou superior, com resolução mínima de 1280x1024 pixels em um carrinho separado independente do Arco. Central de TV com rotação para correção da orientação da imagem e indicação gráfica de angulação, câmera CCD. Gerador de alta frequência com potência de 3.0 Kw ou maior, tubo de raio X com anodo estacionário e ponto focal duplo, sendo o menor desses, igual ou menor que 0,6mm e o maior igual ou menor a 1,00mm. Colimador de controle remoto e filtro semitransparente para homogeneização de imagens de rotação ilimitada. Colimação sem emissões de radiação. Capacidade térmica do anodo de no mínimo 50kHU ou maior. Fluoroscopia que atinja até 110 kV e corrente máxima de 10 mA ou maior. Modo Radiografia com no mínimo 40 a 110 kV, 13 mA ou maior. Memória digital, inversão de imagens, redução de ruídos, realce de bordas e contraste, com recurso de retenção da última imagem adquirida, armazenamento de no mínimo 15.000 imagens em disco rígido, subtração angiográfica, roadmapping (técnica de seguimento), técnica de brilho e contraste eletrônicos, apresentação de opacificação de pico. Filtro de redução de ruído, rotação de imagens se a necessidade de se emitir radiação durante a rotação. Deve acompanhar o equipamento: gravador de CD/DVD e saída USB integrados ao sistema, Interface DICOM 3.0, e todos os demais acessórios necessários para o funcionamento atendendo as características solicitadas e os manuais de usuário e serviço.ESPECIFICAR: SIM</p> |                         |                                    |                                    |  |

## 9 - PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO

| NATUREZA DA DESPESA |                       |                |                               |                         |
|---------------------|-----------------------|----------------|-------------------------------|-------------------------|
| Código              | Total                 | Recursos       | Contrapartida Bens e Serviços | Rendimento de Aplicação |
| 449052              | R\$ 420.000,00        | R\$ 420.000,00 | R\$ 0,00                      | R\$ 0,00                |
| <b>TOTAL GERAL:</b> | <b>R\$ 420.000,00</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