



MINISTERIO DA SAUDE

PLATAFORMA +BRASIL

Nº / ANO DA PROPOSTA:

048846/2019

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 HST 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 ao encontro dos 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 HST é a referência no atendimento de saúde.

PÚBLICO ALVO:

Beneficiários Diretos: 3.120 pacientes que realizaram cirurgias no Centro Cirúrgico, além dos 7.536 pacientes atendidos na UTI/CTI. Totalizando 10.656 pacientes atendidos durante um ano, pelo SUS. (Estimativa com base no ano de 2018).

Beneficiários Indiretos: Toda população residente na Região Serrana e Metropolitana do RJ, além da Baixada Fluminense, totalizando 4.930.134 habitantes. (Censo Demográfico 2010 - IBGE).

PROBLEMA A SER RESOLVIDO:

A aprovação do Plano de Trabalho resolverá o problema das obsolescências dos equipamentos e da descontinuidade do fornecimento e manutenção. Resolvendo a questão da segurança do paciente e da demora nos atendimentos aos pacientes, uma vez que alguns procedimentos dependem de equipamentos que estão sendo utilizados em outros usuários.

RESULTADOS ESPERADOS:

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 4.930.134 de pessoas que tem o HST como referência no atendimento em saúde, e especificamente os 7.536 pacientes atendimentos no Centro Cirúrgico e na UTI/CTI do Hospital. Espera-se também atender às exigências da Vigilância Sanitária do Estado com o pleno atendimento às RDCs.

1 - DADOS DO CONCEDENTE

| | | | |
|---|--|---|--|
| CONCEDENTE: 36000 | NOME DO ÓRGÃO/ÓRGÃO SUBORDINADO OU UG: MINISTERIO DA SAUDE | | |
| CPF DO RESPONSÁVEL: 519.421.431-68 | NOME DO RESPONSÁVEL: LUIZ HENRIQUE MANDETTA | | |
| 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: 0030033588 | |
| 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\$ 500.000,00 | |
| VALOR DA CONTRAPARTIDA: | R\$ 0,00 | |
| VALOR DOS REPASSES: | Ano | Valor |
| | 2019 | R\$ 500.000,00 |
| 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: | 23/12/2019 | |
| FIM DE VIGÊNCIA: | 17/12/2020 | |
| VIGÊNCIA DO CONVÊNIO: | 2020 | |

5 - PLANO DE TRABALHO**Meta nº: 1**

| | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Especificação: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes | | | |
| Unidade de Medida: UN | Quantidade: 6.0 | Valor: | R\$ 500.000,00 |
| Início Previsto: 23/12/2019 | Término Previsto: 17/12/2020 | Valor Global: | R\$ 500.000,00 |
| 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\$ 500.000,00 | Início Previsto: 23/12/2019 | Término Previsto: 17/12/2020 |

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

| | |
|---|--------------------------------------|
| MÊS DESEMBOLSO: Dezembro | ANO: 2019 |
| META Nº: 1 | VALOR DA META: R\$ 500.000,00 |
| DESCRIÇÃO: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes | |
| VALOR DO REPASSE: | PARCELA Nº: 1 |

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

8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

| | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 011425-Ventilador Pulmonar Pressométrico e Volumétrico | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: RUA PAULINO AFONSO | | | | |
| CEP: 25680-003 | UF: RJ | MUNICÍPIO: 5877 - PETROPOLIS | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 3,00 | V. UNITÁRIO: | R\$ 60.000,00 | V.TOTAL: R\$ 180.000,00 |
| <p>OBSERVAÇÃO: Equipamento Médico-Assistencial; eletrônico microprocessado para pacientes neonatais, pediátricos e adultos, indicado para o uso em terapia intensiva, com os seguintes modos de ventilação: Ventilação por Volume Controlado VCV (Assistido / Controlado, SIMV e Pressão de Suporte -PSV); Ventilação por Pressão Controlada PCV (Assistido / Controlado, SIMV e Pressão de Suporte - PSV); Ventilação Não Invasiva - NIV; CPAP; Ventilação de Back up em todas as modalidades, inclusive em CPAP. Sistema de Controles: FiO2 de 21 a 100%; Volume corrente de 05 a 2500mL e fluxo inspiratório de 0,2 a 160 L/min, pelo menos; Frequência respiratória de 1 a 150 rpm pelo menos, tempo inspiratório de 0,15 a 30 segundos pelo menos; Pressão controlada de 5 a 100cmH2O e Pressão de suporte de 5 a 100cmH2O pelo menos, PEEP de 0 a 50cmH2O pelo menos; Sensibilidade inspiratória por fluxo 0,5 a 15 L/min e por pressão de 0,5 a 10 cmH2O de pelo menos; Sistema de Monitorização: Tela colorida de no mínimo 12" com acionamento por toque na tela (touchscreen) para facilidade de operação; Apresentação de curvas pressão x tempo, fluxo x tempo, volume x tempo, loops pressão x volume e fluxo x volume (apresentação de pelo menos três curvas simultaneamente); Volume minuto, volume corrente exalado (na faixa de 0 a 2000mL no mínimo); Relação I:E, frequência respiratória total; Pressão de pico, pressão platô, PEEP e pressão média de vias aéreas, Resistência, complacência, monitoração do FiO2 através de sensor interno. Tendência gráfica de 72 horas. Sistema de Alarmes: Alarmes de alta e baixa pressão inspiratória, alto e baixo volume corrente, alto e baixo volume minuto; Alta e baixa FiO2, baixa carga da bateria e ventilador inoperante. Recursos incorporados: Nebulização incorporada ao equipamento sem alteração da FiO2 ajustada, pausa inspiratória automática, pausa (retenção) inspiratória manual, pausa expiratória manual de até 7 segundos pelo menos, armazenamento na memória os últimos parâmetros ajustados, função suspiro; Alimentação Elétrica/Pneumática: 100 a 240 volts; Bateria interna recarregável com autonomia de 120 minutos; Rede canalizada de oxigênio e ar comprimido; Acessórios: braço articulado, pedestal com rodízios, uma válvula reguladora de pressão de ar comprimido tipo posto de parede, um circuito paciente adulto, um circuito paciente pediátrico/ neonatal, duas válvulas de exalação com diafragmas, um kit nebulizador.ESPECIFICAR: SIM</p> | | | | |
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 002174-Mesa Cirúrgica Elétrica | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: RUA PAULINO AFONSO | | | | |
| CEP: 25680-003 | UF: RJ | MUNICÍPIO: 5877 - PETROPOLIS | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 2,00 | V. UNITÁRIO: | R\$ 55.000,00 | V.TOTAL: R\$ 110.000,00 |
| <p>OBSERVAÇÃO: Mesa cirúrgica elétrica, radiotransparente, para procedimentos de alta complexidade. Características técnicas mínimas: Tipo de acionamento deverá ser elétrico por controle remoto a fio e controle localizado na coluna da mesa para os seguintes movimentos: Regulagem de altura, Trendelemburg; Reverso do Trendelemburg; Lateral esquerda e direita; Movimento longitudinal do tampo elétrico para ambos os lados. Além desses, deve permitir as seguintes posições: Renal; Semiflexão de perna e coxa; Flexão abdominal; Semi sentado. Base: fabricada em chapa de aço 1020 ou superior com no mínimo 6,5 mm de espessura com acabamento pintado em epóxi e revestimento em ABS. Os movimentos da base devem ser realizados através de no mínimo 04 (quatro) rodízios giratórios, com bloqueio e desbloqueio motorizado. Material: Tampo construído em material radiotransparente ao rx, (arco em c), capaz de suportar no mínimo 300kg, dividido em no mínimo 05 (cinco) seções: cabeceira, dorso do tampo, complemento do dorso, assento do tampo, pernas do tampo individuais, bipartidas e removíveis com sistema de engate rápido; Coluna e Base: devem ser constituídas de aço inoxidável; Colchonete: deve ser translúcido, antiestético, leve e de fácil manipulação. Deve ser revestido de material impermeável e sem costuras. Acessórios Mínimos: 01 arco de narcose; 01 par de suportes de braço; 01 par de porta-coxa; 01 par de ombreiras; 01 Kit de Cirurgia de Braço e Mão, 01 Kit Ginecológico, 01 Kit Buck raio X, 01 Kit Cinto de fixação, 01 jogo de colchonete impermeável e sem costura; 01 cabo de alimentação padrão ABNT. Bateria interna recarregável. Alimentação elétrica bivolt automático.ESPECIFICAR: SIM</p> | | | | |

| | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 010548-Lavadora Termodesinfectora | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: RUA PAULINO AFONSO | | | | |
| CEP: 25680-003 | UF: RJ | MUNICÍPIO: 5877 - PETROPOLIS | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 1,00 | V. UNITÁRIO: R\$ 210.000,00 | V.TOTAL: R\$ 210.000,00 | |
| OBSERVAÇÃO: Capacidade da câmara interna mínima de 270 Litros para utilização em processos de desinfecção térmica em materiais usados ou contaminados passíveis de umidade ou temperatura. Câmara construída em aço inoxidável tipo AISI 316 com alta resistência a corrosão. Deve possuir: Conexões de água, Válvulas de fechamento e abertura automáticas, Painel frontal com display em cristal líquido para acompanhamento dos ciclos, sistema com no mínimo 02 bombas peristálticas com controle de injeção de detergentes, com regulagem de temperatura da água, sistema hidráulico com tubulação em aço inoxidável. O equipamento deve ter 02 Portas com sistema por Elevação Vertical/Guilhotina com estrutura em aço inox e vidro temperado. Sistema de tratamento de água por Osmose Reversa e reservatório de água tratada compatível com a capacidade da lavadora. Sistema de secagem por turbina para circulação de ar quente filtrado por filtro absoluto e de vácuo para materiais em geral e em especial para traquéias incorporado no equipamento, deve possuir 01 Rack para instrumentais e 01 Rack para traquéias com no mínimo 16 bocais. Comando microprocessador touch screen, por display com no mínimo 8 programas de lavagem e desinfecção pré-programados e acessíveis para alteração/intervenção do usuário por intermédio de uma senha. Impressora para registro do processo. Acessórios: 01rack de carga, 02 carros de transporte, 01 rack para materiais de anestesia, 03 cestos para instrumental em tamanhos diferentes, 01 cesto para utensílios e 03 cestos com furos pequenos com tamanhos diferentes. A alimentação elétrica será 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\$ 500.000,00 | R\$ 500.000,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| TOTAL GERAL: | R\$ 500.000,00 | | | |

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

Documentos Digitalizados do Convênio

Nome do Arquivo:

Diario Oficial da União Extrato de Convênio...pdf

Termo do Convênio n. 889811.pdf