



MINISTERIO DA SAUDE

TRANSFEREGOV

Nº / ANO DA PROPOSTA:

016589/2024

OBJETO:

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

CARACTERIZAÇÃO DOS INTERESSES RECÍPROCOS:

O Hospital Regina Novo Hamburgo CNES nº 2232057, tem como interesse recíproco com MS promover a qualidade do serviço de saúde, garantindo acesso e a equidade para a população. Ainda promover coordenadamente os serviços especializados em saúde, desenvolvimento regional, descentralização do atendimento e revisão da infraestrutura física e recursos humanos importantes para o funcionamento da assistência. Visa ainda atender à saúde local e regional, vinculadas as políticas prioritárias do MS.

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

Elevar a segurança no processo de administração de medicamentos e eficiência de gestão. O monitoramento da medicação é uma atividade essencial para o controle de remédios. Pode-se evitar o desperdício e o prejuízo decorrente da perda de produtos fora da validade. Minimiza-se usos de medicamentos vencidos. O acompanhamento da trajetória dos medicamentos resulta na diminuição de até 100% das compras de emergência, gera uma gestão mais eficiente do estoque e impacto positivo sobre o caixa.

PÚBLICO ALVO:

Uso exclusivo para pacientes SUS, onde o Regina Novo Hamburgo é referência para vários municípios da região. Pacientes que se enquadrem no atendimento de urgência, emergência, ambulatório, internação SUS que necessitem de assistência e cuidado especializado.

PROBLEMA A SER RESOLVIDO:

A aquisição do equipamento solicitado se faz necessária a fim de garantir maior segurança aos pacientes atendidos, garantindo a assistência à saúde com conforto e qualidade ao paciente e profissionais, qualificando nossa assistência farmacêutica, refletindo na qualidade e agilidade nos atendimentos prestados, com melhor resolutividade. Os recursos alocados considerarão e refletirão as necessidades regionais agilizando os atendimentos prestados.

RESULTADOS ESPERADOS:

Proporcionar um atendimento (i) seguro, (ii) de qualidade, (iii) com maiores benefícios na recuperação do paciente, (iv) qualificar e desenvolver os setores operacionais tão importantes na base de atuação, (v) promover o avanço tecnológico dos setores, (vi) garantir o cumprimento das demandas diárias dos setores, operacional e assistencial.

1 - DADOS DO CONCEDENTE

| | | |
|--|--|---|
| CONCEDENTE: 36000 | NOME DO ÓRGÃO/ÓRGÃO SUBORDINADO OU UG: MINISTERIO DA SAUDE | |
| CPF DO RESPONSÁVEL: 425.005.407-15 | NOME DO RESPONSÁVEL: NISIA VERONICA TRINDADE LIMA | |
| ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: Gabinete da Ministra, Bloco G, Sede | | CEP DO RESPONSÁVEL: 70058-900 |

2 - DADOS DO PROPONENTE

| | | | | | |
|---|---|----------------------------------|-------------------------|---|------------------------------------|
| PROponente: 91.681.361/0001-04 | | | | | |
| Razão Social do Proponente: ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA | | | | | |
| Endereço Jurídico do Proponente: RUA GENERAL OSORIO, 631 | | | | | |
| Cidade: NOVO HAMBURGO | UF: RS | Código Município: 8771 | CEP: 93510205 | E.A.: Entidade Privada sem fins lucrativos | DDD/Telefone: 5135274861 |
| Banco: 001 - BANCO DO BRASIL SA | | Agência: 0314-X | | Conta Corrente: 399248 | |
| CPF do Responsável: 633.332.360-87 | Nome do Responsável: AGNES BIESDORF | | | | |
| Endereço do Responsável: RUA MADRE REGINA PROTSMANN, 567, CENTRO - CENTRO | | | | CEP do Responsável: 95760000 | |

4 - DADOS DO EXECUTOR/VALORES

| | | |
|---|----------------|----------------|
| VALOR GLOBAL: | R\$ 251.003,00 | |
| VALOR DA CONTRAPARTIDA: | R\$ 1.003,00 | |
| VALOR DOS REPASSES: | Ano | Valor |
| | 2024 | R\$ 250.000,00 |
| VALOR DA CONTRAPARTIDA FINANCEIRA: | R\$ 1.003,00 | |
| VALOR DA CONTRAPARTIDA EM BENS E SERVIÇOS: | R\$ 0,00 | |
| VALOR DE RENDIMENTOS DE APLICAÇÃO: | R\$ 0,00 | |
| INÍCIO DE VIGÊNCIA: | 12/12/2024 | |
| FIM DE VIGÊNCIA: | 06/03/2027 | |
| VIGÊNCIA DO INSTRUMENTO: | 2027 | |

6 - PLANO DE TRABALHO

Meta nº: 1

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| Especificação: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes | | | |
| Unidade de Medida: UN | Quantidade: 16.0 | Valor: | R\$ 251.003,00 |
| Início Previsto: 12/12/2024 | Término Previsto: 06/03/2027 | Valor Global: | R\$ 251.003,00 |
| UF: RS | Município: 8771 - NOVO HAMBURGO | | CEP: |
| Endereço: | | | |
| Etapa/Fase nº: 1 | | | |
| Especificação: Etapa - Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes | | | |
| Quantidade: 16.0 UN | Valor: R\$ 251.003,00 | Início Previsto: 12/12/2024 | Término Previsto: 06/03/2027 |

7 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MINISTERIO DA SAUDE

| | | |
|---|--------------------------------------|----------------------|
| MÊS DESEMBOLSO: Agosto | | ANO: 2025 |
| META Nº: 1 | VALOR DA META: R\$ 106.811,47 | |
| DESCRIÇÃO: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes | | |
| VALOR DO REPASSE: | R\$ 106.811,47 | PARCELA Nº: 1 |
| MÊS DESEMBOLSO: Setembro | | ANO: 2025 |
| META Nº: 1 | VALOR DA META: R\$ 143.188,53 | |
| DESCRIÇÃO: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes | | |
| VALOR DO REPASSE: | R\$ 143.188,53 | PARCELA Nº: 2 |

8 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO ASSOCIACAO CONGREGACAO DE SANTA CATARINA

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------|
| MÊS DESEMBOLSO: Agosto | | ANO: 2025 |
| META Nº: 1 | VALOR DA META: R\$ 428,53 | |
| DESCRIÇÃO: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes | | |
| VALOR DO REPASSE: | R\$ 428,53 | PARCELA Nº: 1 |
| MÊS DESEMBOLSO: Setembro | | ANO: 2025 |
| META Nº: 1 | VALOR DA META: R\$ 574,47 | |
| DESCRIÇÃO: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes | | |
| VALOR DO REPASSE: | R\$ 574,47 | PARCELA Nº: 2 |

9 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

| | | | | |
|--|-------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------|
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 000699-Oxímetro de Pulso | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Instrumento | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: RUA GENERAL OSORIO, 631 | | | | |
| CEP: 93510-205 | UF: RS | MUNICÍPIO: 8771 - NOVO HAMBURGO | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 6,00 | V. UNITÁRIO: | R\$ 4.913,00 | V.TOTAL: R\$ 29.478,00 |
| OBSERVAÇÃO: TIPO TELA MEDIÇÃO LEITURA PERFUSÃO ALIMENTAÇÃO: DE MESA COM 1 SENSOR REUTILIZAVEL LCD COLORIDO DE 5 A10 POL 30 A 250BPM 0 A100 NA TELA BIVOLT E BAT | | | | |
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 010452-Bomba de Infusão de Seringa | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Instrumento | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: RUA GENERAL OSORIO, 631 | | | | |
| CEP: 93510-205 | UF: RS | MUNICÍPIO: 8771 - NOVO HAMBURGO | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 7,00 | V. UNITÁRIO: | R\$ 9.059,00 | V.TOTAL: R\$ 63.413,00 |
| OBSERVAÇÃO: Bomba de infusão microprocessada, que aceite seringa de qualquer marca. Deve permitir seringas com capacidade de, no mínimo, 10, 20, 50ml. Deve garantir doses de infusão de 0,1 a 99,9 ml/h no mínimo; Possuir menu para configuração de lista de drogas. Deve fornecer controle dos seguintes parâmetros: KVO ajustável com no mínimo vazão : 0,1 ml/h, bolus programável. O aparelho deve possuir os seguintes alarmes ajustáveis audiovisuais: oclusão, KVO, seringa vazia, ausência de seringa, fim de curso bateria fraca, falha de programação. Possuir display de LCD de fácil leitura com informações constantes da velocidade de infusão em ml/h, volume infundido. Bateria interna recarregável com autonomia de no mínimo 30 minutos. Acessórios que acompanham: 01 cabo de alimentação, caso necessário.ESPECIFICAR: SIM | | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------|--|------------------------------------|--|
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 011425-Ventilador Pulmonar Pressométrico e Volumétrico | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Instrumento | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: RUA GENERAL OSORIO, 631 | | | | |
| CEP: 93510-205 | UF: RS | MUNICÍPIO: 8771 - NOVO HAMBURGO | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 1,00 | V. UNITÁRIO: R\$ 110.375,00 | V.TOTAL: R\$ 110.375,00 | |
| <p>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 suporte à volume; Ventilação com fluxo contínuo, ciclado a tempo e com pressão limitada, inclusive em SIMV ou modo volume garantido para pacientes neonatais; Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo; Ventilação em dois níveis, Ventilação Não Invasiva, inclusive em Neonatal; Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas - CPAP; Ventilação de Back up no mínimo nos modos espontâneos; Com possibilidade de inclusão de modo de ventilação proporcional com sincronismo/ adaptação do paciente-ventilador para uma melhor mecânica respiratória (NAVA, , SmartCare, PAV, ASV, AVA) ao menos para pacientes adultos/pediátricos. Sistema de Controles: Possuir controle e ajuste para pelo menos os parâmetros com as faixas: Pressão controlada de no mínimo até 90cmH2O e pressão de suporte de no mínimo até 60cmH20; Volume corrente de no mínimo entre 5 a 2000 ml; Frequência respiratória de no mínimo até 100 rpm; Tempo inspiratório de no mínimo entre 0,3 a 5,0 segundos; PEEP de no mínimo até 40 cmH20; Sensibilidade inspiratória por fluxo de no mínimo entre 0,5 a 2,0 lpm; Ajuste do fluxo para Terapia de Oxigênio de Alto Fluxo de 2 a no mínimo 50 l/min; FiO2 de no mínimo 21 a 100%. Sistema de Monitorização: Tela colorida de no mínimo 12 polegadas touch-screen ou botão rotacional para ajuste de programação dos parâmetros: Monitoração de volume por sensor proximal para pacientes neonatais e proximal ou distal para pacientes pediátricos e adultos; Principais parâmetros monitorados: Volume corrente exalado, Volume corrente inspirado, pressão de pico, pressão de platô, PEEP, PEEP total, 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, pico de fluxo inspiratório, volume minuto expirado, constante de tempo expiratório, índice de stress e volume expiratório. Cálculos automáticos de mecânica: resistência, complacência, pressão de oclusão e auto PEEP. Apresentação de curvas pressão x tempo, fluxo x tempo, volume x tempo, loops pressão x volume, fluxo x volume e fluxo/pressão; apresentação de gráficos com as tendências. 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 OU EXTERNO 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, Circuito paciente pediátrico/adulto, Circuito paciente neonatal/pediátrico, válvula de exalação, Mangueiras para conexão de oxigênio e ar comprimido. Compatível com protocolo de comunicação HL7. Software em Língua Portuguesa.. Atendimento às normas: NBR IEC 60601-1; NBR IEC 60601-1-2; Grau de proteção IP21. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.ESPECIFICAR: SIM</p> | | | | |
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 010989-Bisturi Elétrico (a partir de 151 W) | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Instrumento | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: RUA GENERAL OSORIO, 631 | | | | |
| CEP: 93510-205 | UF: RS | MUNICÍPIO: 8771 - NOVO HAMBURGO | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 1,00 | V. UNITÁRIO: R\$ 29.788,00 | V.TOTAL: R\$ 29.788,00 | |
| <p>OBSERVAÇÃO: Bisturi eletrônico microprocessado com potência mínima de 300W, com recursos que permita proteger o paciente contra queimaduras. Deve apresentar painel a prova de líquidos. Deve possuir no mínimo as funções monopolar e bipolar. O controle da potência deve ser realizado por meio da caneta e/ou pedal. Deve permitir no mínimo as seguintes operações: Corte puro (300W), Blend (130W), Coagulação (120W) e Bipolar (70W). Deve possuir regulador de alarme sonoro. Deve ser compatível com sistema de gás argônio. Acessórios que acompanham o equipamento: 01 carro de transporte e 01 pedal bipolar.ESPECIFICAR: SIM</p> | | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------|
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 000673-Monitor Multiparâmetros | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Instrumento | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: RUA GENERAL OSORIO, 631 | | | | |
| CEP: 93510-205 | UF: RS | MUNICÍPIO: 8771 - NOVO HAMBURGO | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 1,00 | V. UNITÁRIO: | R\$ 17.949,00 | V.TOTAL: R\$ 17.949,00 |
| OBSERVAÇÃO: Parâmetros/tipo e tamanho do monitor/suporte para monitor: ECG, RESP, SPO2, PNI, TEMP pré configurado de 10 a 12 pol com suporteParâmetros tipo e tamanho do monitor suporte para monitor:: ECG RESP SPO2 PNI TEMP pré configurado de 10 a 12 pol com suporte | | | | |

10 - PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO

| NATUREZA DA DESPESA | | | | |
|---------------------|-----------------------|----------------|-------------------------------|-------------------------|
| Código | Total | Recursos | Contrapartida Bens e Serviços | Rendimento de Aplicação |
| 449052 | R\$ 251.003,00 | R\$ 251.003,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 |
| TOTAL GERAL: | R\$ 251.003,00 | | | |

11 - 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

12 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE DO PLANO DE TRABALHO

Aprovado

Local e Data

Concedente
(Representante legal do Órgão ou Entidade)

13 - ANEXOS

Documentos Digitalizados do Instrumento

Nome do Arquivo:

21_Diário Oficial da União Extrato do Convênio.pdf

20_Termo de Convênio nº 961700.pdf