Nº / ANO DA PROPOSTA:
051633/2023

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

CARACTERIZAÇÃO DOS INTERESSES RECÍPROCOS:
O Hospital Universitário Santa Terezinha é referência para a Macrorregião de Saúde do Meio Oeste e Catarinense que abrange 53 municípios e uma população de aproximadamente 630.960 mil habitantes, enquanto Unidade de Alta Complexidade em Oncologia-UNACON; Neurologia/Neurocirurgia; e Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. Disponibiliza Unidade de Terapia Intensiva adulto Tipo II, é Porta aberta na rede de atenção às urgências.

RELAÇÃO ENTRE A PROPOSTA E OS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO PROGRAMA:
Aquisição de equipamento para estruturação de unidades de atenção especializada em saúde

PÚBLICO ALVO:
Pacientes do Sistema Único de Saúde

PROBLEMA A SER RESOLVIDO:
Elevado custo da cadeia logística dos fármacos;
Armazenamento e conservação adequados para sangue, vacinas ou outros materiais termolábeis.

RESULTADOS ESPERADOS:
Redução em 24% dos custos da cadeia logística dos fármacos;
Unitarização de doses de medicamentos com embalagens herméticas; identificação visual e tarja de classificação de risco em conformidade com padrões de segurança; unitarizar comprimidos em blisters, ampolas e kits na farmácia do Hospital;
Proporcionar armazenamento e conservação adequados para sangue, vacinas ou outros materiais termolábeis.

1 - DADOS DO CONCEDENTE

CONCEDENTE:	**NOME DO ÓRGÃO/ÓRGÃO SUBORDINADO OU UG:**
36000	MINISTERIO DA SAUDE

CPF DO RESPONSÁVEL:	**NOME DO RESPONSÁVEL:**
425.005.407-15	NISIA VERONICA TRINDADE LIMA

ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:	**CEP DO RESPONSÁVEL:**
Gabinete da Ministra, Bloco G, Sede	70058-900

2 - DADOS DO PROPONENTE

PROPONENTE: 84.592.369/0001-20					
RAZÃO SOCIAL DO PROPONENTE: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA					
ENDEREÇO JURÍDICO DO PROPONENTE: RUA GETULIO VARGAS, 2125					
CIDADE: JOACABA	**UF:** SC	**CÓDIGO MUNICÍPIO:** 8177	**CEP:** 89600000	**E.A.:** Entidade Privada sem fins lucrativos	**DDD/TELEFONE:** 4935512098
BANCO: 001 - BANCO DO BRASIL SA	**AGÊNCIA:** 0137-6		**CONTA CORRENTE:** 435465		
CPF DO RESPONSÁVEL: 296.720.159-68	**NOME DO RESPONSÁVEL:** GENESIO TEO				
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: RUA ARCANGELO POMPORMAYER, 08, CASA - JARDIM TARUMA					**CEP DO RESPONSÁVEL:** 89820000

4 - DADOS DO EXECUTOR/VALORES

VALOR GLOBAL:	R$ 299.144,00	
VALOR DA CONTRAPARTIDA:	R$ 0,00	
VALOR DOS REPASSES:	Ano	Valor
	2023	R$ 299.144,00
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:	19/12/2023	
FIM DE VIGÊNCIA:	11/06/2025	
VIGÊNCIA DO CONVÊNIO:	2025	

5 - PLANO DE TRABALHO

Meta nº: 1

Especificação: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes			
Unidade de Medida: UN	**Quantidade:** 3.0	**Valor:**	R$ 299.144,00
Início Previsto: 19/12/2023	**Término Previsto:** 11/06/2025	**Valor Global:**	R$ 299.144,00
UF: SC	**Município:** 8177 - JOACABA		**CEP:**
Endereço:			
Etapa/Fase nº: 1			
Especificação: Etapa - Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes			
Quantidade: 3.0 UN	**Valor:** R$ 299.144,00	**Início Previsto:** 19/12/2023	**Término Previsto:** 11/06/2025

6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO
MINISTERIO DA SAUDE

MÊS DESEMBOLSO: Janeiro		**ANO:** 2024
META Nº: 1	VALOR DA META:	R$ 299.144,00
DESCRIÇÃO: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes		
VALOR DO REPASSE:	R$ 299.144,00	**PARCELA Nº:** 1

7 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO
FUNDACAO UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA

8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 011267-Máquina Unitarizadora de Medicamentos			
NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio		**NATUREZA DA DESPESA:** 449052	
ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: RUA GETULIO VARGAS, 2125			
CEP: 89600-000	**UF:** SC	**MUNICÍPIO:** 8177 - JOACABA	
UNIDADE: UN	**QUANTIDADE:** 1,00	**V. UNITÁRIO:** R$ 240.144,00	**V.TOTAL:** R$ 240.144,00

OBSERVAÇÃO: Sistema para unitarizar e identificar medicamentos (ampolas, blister individuais, frasco ampolas, kits). Com processo de embalagem, selagem, rotulagem automático e individual para ampolas, blisters cortados para comprimidos, frasco ampolas e manual e semi-automático para kits. Estrutura do equipamento em alumínio, aço inoxidável e ou aço carbono, com gabinete de controle elétrico com chave, com quatro rodízios sendo 2 com trava e 2 sem trava. Tubo de descida em aço inoxidável ou outro material compativel com o processo. Duas bandejas, uma para alimentações e outra para recepção de medicamentos unitarizados. Sistema de Corte das Embalagens: Sistema de embalagem hermético ou vedado; com definição do tamanho da embalagem no painel da máquina. Sistema de segurança que evite quebra de produtos. Capacidade do Sistema: Identificar medicamentos com impressão através de código de barra ou datamatrix (preconização Anvisa); e/ou Identificar diferentes tipos de medicamentos como termolábeis, psicotrópicos, fotos sensíveis, potencialmente perigosos, especiais, etc; incluir instruções de administração, reconstituição e diluição: endovenoso, intramuscular, parental, diluição obrigatória, tempo mínima de administração, através de imagens impressas nas embalagens; Dar suporte à rastreabilidade; Sistema operativo da Impressora com licença sem custo adicional, pela vida útil do equipamento. Software com programa para interface com o sistema de gestão, apto para receber arquivos ponto e vírgula e arquivos de texto; Arquivos com desenhos das principais formas de administração e textos complementares. Alimentadores do tipo: Discos, para atender no mínimo dois tamanhos de blisters e ampolas a partir de 0,5 OU esteira que atenda minimamente o mesmo quantitativo de medicamentos; alimentador de ampolas e frasco ampolas com autonomia de abastecimento mínimo de 100 ampolas e frasco ampolas. Insumos para no mínimo 100 mil unitarizações. As embalagens deverão receber impressão de alta qualidade, e capazes de receber informações impressas e de alta durabilidade, resistentes à manipulação pelo suor dos dedos, contato com água e/ou tempo de estocagem. Preferencialmente o sistema deve permitir expansão e integração futura com alimentador de comprimido, corte automático de blister e impressão direto na forma farmacêutica. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.ESPECIFICAR: SIM

DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 001998-Câmara Climática			
NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio		**NATUREZA DA DESPESA:** 449052	
ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: RUA GETULIO VARGAS, 2125			
CEP: 89600-000	**UF:** SC	**MUNICÍPIO:** 8177 - JOACABA	
UNIDADE: UN	**QUANTIDADE:** 2,00	**V. UNITÁRIO:** R$ 29.500,00	**V.TOTAL:** R$ 59.000,00

OBSERVAÇÃO: CÂMARA TERMOLÁBEL construída internamente em aço inox e externa em chapa de aço ou material superior; Capacidade mínima de 120 litros. Drenos adequadamente distribuídos para retirada do excesso de umidade; Isolamento térmico; Sistema de circulação de ar forçado; Porta com sistema automático de compensação de temperatura e remoção de umidade do vidro interno, evitando embaçamento; Controle de temperatura e umidade microprocessado; Alarme sonoro e visual programável; Aquecimento com resistência blindada em aço inoxidável; Refrigeração livre de CFC; Baixo consumo de água; Faixa de operação que atenda no mínimo a faixa de 20 graus Celsius a 50 graus Celsius e no mínimo 30 por cento a 90 por cento UR.ESPECIFICAR: SIM

9 - PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO

NATUREZA DA DESPESA				
Código	**Total**	**Recursos**	**Contrapartida Bens e Serviços**	**Rendimento de Aplicação**
449052	R$ 299.144,00	R$ 299.144,00	R$ 0,00	R$ 0,00
TOTAL GERAL:	**R$ 299.144,00**			

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 inexiste qualquer débito 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 da 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