Nº / ANO DA PROPOSTA:
005881/2020

OBJETO:
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE

CARACTERIZAÇÃO DOS INTERESSES RECÍPROCOS:
O HUST, CNES 2560771 é referência para a Macrorregião de Saúde do Meio Oeste e Catarinense que abrange 55 municípios e uma população de 620 mil hab., enquanto Unidade de Alta Complexidade em Oncologia-UNACON;Oncologia cirúrgica;Unidade de assistência de alta complexidade neurocirurgia;UTI adulto Tipo II;Porta aberta na Rede de Atenção às urgências e emergências como Hospital tipo II;e Retirada de órgãos e tecidos; estando alinhado à política nacional de estruturação da atenção especializada.

RELAÇÃO ENTRE A PROPOSTA E OS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO PROGRAMA:
Os objetivos específicos do objeto dessa proposta consistem em: qualificar os serviços especializados de média e alta complexidade; aumentar a resolutividade dos serviços de média e alta complexidade; e diminuir o tempo de internação hospitalar.

PÚBLICO ALVO:
Pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde com problemas gastrointestinais; indicação cirúrgica; e pacientes da Urgência e Emergência com insuficiência respiratória.

PROBLEMA A SER RESOLVIDO:
Esterilização de endoscópios; precisão em perfurações cirúrgicas; e suporte de ventilação para pacientes da Urgência e Emergência com insuficiência respiratória.

RESULTADOS ESPERADOS:
Qualificação dos serviços disponibilizando reprocessador de endoscópios, perfurador cirúrgico e ventilador pulmonar.

1 - DADOS DO CONCEDENTE

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

CPF DO RESPONSÁVEL:	**NOME DO RESPONSÁVEL:**
734.125.037-20	EDUARDO PAZUELLO

ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:	**CEP DO RESPONSÁVEL:**
Ed. Sede Ministério da Saúde Gabinete Secretaria Executiva	71058-900

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:** 368113		
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$ 200.000,00	
VALOR DA CONTRAPARTIDA:	R$ 0,00	
VALOR DOS REPASSES:	Ano	Valor
	2020	R$ 200.000,00
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:	16/11/2020	
FIM DE VIGÊNCIA:	11/11/2021	
VIGÊNCIA DO CONVÊNIO:	2021	

5 - PLANO DE TRABALHO

Meta nº: 1

Especificação: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes			
Unidade de Medida: UN	**Quantidade:** 3.0	**Valor:**	R$ 200.000,00
Início Previsto: 16/11/2020	**Término Previsto:** 11/11/2021	**Valor Global:**	R$ 200.000,00
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$ 200.000,00	**Início Previsto:** 16/11/2020	**Término Previsto:** 11/11/2021

6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO
MINISTERIO DA SAUDE

MÊS DESEMBOLSO: Janeiro		**ANO:** 2021
META Nº: 1	VALOR DA META:	R$ 200.000,00
DESCRIÇÃO: Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes		
VALOR DO REPASSE:	R$ 200.000,00	**PARCELA Nº:** 1

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

8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 000398-Lavadora de Endoscópio			
NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio		**NATUREZA DA DESPESA:** 449052	
ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AV BARAO DO RIO BRANCO			
CEP: 89600-000	**UF:** SC	**MUNICÍPIO:** 8177 - JOACABA	
UNIDADE: UN	**QUANTIDADE:** 1,00	**V. UNITÁRIO:** R$ 75.000,00	**V.TOTAL:** R$ 75.000,00

OBSERVAÇÃO: Lavadora de Endoscópios, Microprocessada, com cuba dupla, para desinfeção de endoscópios;Permitir Programas de Desinfeção;Possuir tecnologia de desinfeção através de água e produto(s) de lavagem/desinfeção, com as seguintes fases mínimas: lavagem, desinfeção, enxágue e secagem;Permitir o uso dos seguintes produtos desinfetantes: glutaraldeído e ácido peracético;Permitir a desinfeção no mínimo de Videogastroscópios, Videocolonoscópios,Videobroncoscópios, Videoduodenoscópios e Videorinolaringoscópios;Possuir Painel de Comando, com Tela LCD, para seleção do Programa de Desinfeção;Possuir Programas de Desinfeção pré-configurados;Permitir o ajuste digital dos parâmetros dos Programas de Desinfeção;Possuir Impressora, acoplada ao equipamento, e que imprima no mínimo os seguintes dados:fases do ciclo com data e hora;Possuir Sistema de Limpeza Automática do Reservatório de Produto Desinfetante, da Cuba de Desinfeção de Endoscópios e das Mangueiras de Desinfeção dos Canais de Endoscópios;Possuir Sistema de Proteção que realize teste de infiltração nos endoscópios antes de iniciar osProgramas de Desinfeção, abortando o início do programa em caso de resultado positivo;Possuir Sistema de Teste de Infiltração integrado ao equipamento;Possuir Sistema de Reutilização do produto desinfetante;Possuir Sistema de Aviso que sinalize quando o produto desinfetante atingir o seu prazo de validade;Possuir Sistema de Aviso que sinalize o número de ciclos de desinfeção do produto desinfetante;Possuir Sistema de Aviso que sinalize o final da execução dos Programas de Desinfeção;Possuir Sistema de Aviso que sinalize a falta de água;Tensão de Entrada preferencialmente 110V, podendo a mesma ser 220V caso o equipamento seja fabricado apenas com esta tensão de entrada;Possuir no mínimo os seguintes acessórios: o 01 Cavalete de Água para montagem em parede, com Pré-Filtro de 5 Micra, manômetro para leitura de pressão na linha de abastecimento, registro esfera, e capacidade suficiente para operação do equipamento; o Demais acessórios necessários para o completo funcionamento do equipamento e de suas especificações supracitadas.
ESPECIFICAR: SIM

DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 011425-Ventilador Pulmonar Pressométrico e Volumétrico			
NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio		**NATUREZA DA DESPESA:** 449052	
ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AV BARAO DO RIO BRANCO			
CEP: 89600-000	**UF:** SC	**MUNICÍPIO:** 8177 - JOACABA	
UNIDADE: UN	**QUANTIDADE:** 1,00	**V. UNITÁRIO:** R$ 90.000,00	**V.TOTAL:** R$ 90.000,00

OBSERVAÇÃO: RESPIRADOR PEDIÁTRICO NEONATAL Indicado para terapias intensivas em pacientes neonatais com no mínimo as seguintes características:
1. Característica construtiva:
a. Equipamento eletromecânico com controles microprocessados, destinado a ventilação mecânica de pacientes neonatais a partir de 600 gramas;
b. Montado sobre pedestal com rodízio que possibilite movimento 360 graus;
c. Braço articulado para sustentar os circuitos de paciente;
d. Blender para a mistura dos gases, eletrônico interno com tecnologia permanente ou sensor paramagnético;
e. Incorporado com monitor gráfico colorido de no mínimo 12 polegadas com tela touch screen com possibilidade de angulação/rotação, com apresentação de no mínimo 3 formas de onda e/ou loops simultâneas;
f. Funcionamento em rede elétrica de 100 a 240 vac, 60 HZ com comutação automática de tensão;
g. Bateria interna recarregável que garanta autonomia mínima de 60 minutos;
h. Pressão de alimentação dos gases na faixa de 3 a 5 bar;
2. Modos de Operação:
a. Pressão de suporte (psv);
b. Pressão positiva contínua nas vias aéreas (cpap);
c. Ventilação mandatória intermitente sincronizada a pressão de suporte (simv + psv);
d. Ventilação ciclada por tempo com pressão limitada (tcpl);
e. Cpap e cpap nasal;
f. Ventilação de apnéia em todos os modos espontâneos, inclusive cpap;
g. Nebulização sincronizada na fase inspiratória;
3. Faixas de Ajuste:
a. Concentração de O2 de 21% a 100%;
b. Volume corrente de 10 a 200 ml;
c. Pressão de trabalho de 5 a 95 cm H2O;
d. Faixa mínima de frequência: 4 a 150 rpm;
e. Tempo inspiratório ajustável na faixa mínima de 0,1 a 3 segundos;
f. Pausa manual inspiratória e expiratória até 7 segundos;
g. PEEP de pelo menos 50 cm H2O;
h. Sensibilidade inspiratória de disparo por pressão de 1 a 5 cm H2O (no mínimo) e/ou disparo por fluxo de 0,2 a 0,5 litros por minuto;
i. Pressão de suporte, no mínimo até 95 cm h2o;
4. Formas de ondas para: pressão, fluxo e volume pelo tempo;
5. Loops: volume por pressão e fluxo por volume;
6. Sistema de monitorização para parâmetros e tendências:
a. Frequência respiratória total;
b. Volume corrente exalado;
c. Volume minuto exalado;
d. Relação I:E;
e. Pressão de vias aéreas;
f. Pressão de pico;
g. Pressão média de vias aéreas;
h. Nível de carga da bateria;
i. Concentração de oxigênio;
j. Tempo inspiratório;
k. Monitorização da mecânica respiratória: complacência, Resistência inspiratória e expiratória, índice de desmame (rsbi);
l. Tendências para: PEEP, complacência, frequência respiratória, volume expiratório, resistência expiratória;
m. Indicadores Visuais: AC Line (rede elétrica); Ligado; Bateria.
7. Sistema de alarmes para:
a. Alto PEEP;
b. Alta pressão inspiratória;
c. Baixo volume minuto;
d. Apneia/back up;

e. Ventilador inoperante;
f. Baixa pressão ou desconexão do circuito;
g. Falha elétrica;
h. Falha no suprimento de gases;
i. Nível de carga da bateria;
j. Falha na bateria interna;
k. Alarme de apneia em até 15 segundos e ventilação de apneia (back up em todas as modalidades espontâneas);
8. Acessórios:
a. 02 (duas) válvulas expiratórias completas e/ou 01 cassete permanente (quando couber);
b. 01 (uma) Mangueira de Ar Comprimido, comprimento mínimo de 3 metros, com válvula reguladora (caso necessário);
c. 01 (uma) Mangueira de O2, comprimento mínimo de 3 metros, com válvula reguladora;
d. Jarra umidificadora e umidificador aquecido;
e. 02 (dois) circuitos paciente neonatal/infantil autoclaváveis completos em silicone.

ESPECIFICAR: SIM

DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 011629-Serra/ Perfuradora Óssea (Drill)			
NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio		**NATUREZA DA DESPESA:** 449052	
ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AV BARAO DO RIO BRANCO			
CEP: 89600-000	**UF:** SC	**MUNICÍPIO:** 8177 - JOACABA	
UNIDADE: UN	**QUANTIDADE:** 1,00	**V. UNITÁRIO:** R$ 35.000,00	**V.TOTAL:** R$ 35.000,00

OBSERVAÇÃO: ERFURADOR ÓSSEO CIRÚRGICO A BATERIA PARA CIRURGIAS ORTOPÉDICAS INCLUSO: ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL, ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO, GRANDES OSSOS E TRAUMATOLOGIA, ORTOPEDIA, COM AUXÍLIO DE ACESSÓRIOS DE FIXAÇÃO DE BROCAS, FRESAS E PASSADORES DE FIOS E PINOS; COM FORMATO TIPO PISTOLA, FABRICADO COM MATERIAL DE ALTA QUALIDADE, LEVE, SEM NECESSIDADE DE LUBRIFICAÇÃO; COM BATERIA DE ÍONS DE LÍTIO NÃO ESTÉRIL; POSSUIR MOTOR ACOPLADO A BATERIA, SEM EFEITO DE MEMÓRIA DE CARGA; PESO DO CONJUNTO PERFURADOR COM BATERIA NÃO ULTRAPASSAR 1600g; ACIONAMENTO POR GATILHO DUPLO COM CONTROLE DE VELOCIDADE SENSÍVEL AO TOQUE DO CIRURGIÃO; COM FUNÇÕES DE PERFURAÇÃO DE ALTA ROTAÇÃO (DRILL) E FRESAGEM (REAMER); GATILHO PARA ROTAÇÃO NO SENTIDO HORÁRIO E ANTI-HORÁRIO; ESTERILIZÁVEL EM AUTOCLAVE À VAPOR A 134°C; CANULAÇÃO DE 4,0MM PARA PASSAGEM DE FIOS E PINOS GUIAS; VELOCIDADE DE PERFURAÇÃO ATÉ 825 RPM; VELOCIDADE DE FRESAGEM ATÉ 250 RPM; SISTEMA DE TRAVAMENTO DE SEGURANÇA CONTRA ACIONAMENTO ACIDENTAL; PORTA COM FECHO GIRATÓRIO PARA PERMITIR A INSTALAÇÃO DO MÓDULO DE FORÇA; CARREGADOR DE BATERIAS BIVOLT COM CAPACIDADE PARA CARREGAR NO MÍNIMO 04 BATERIAS SIMULTANEAMENTE; CARREGADOR DEVE POSSUI VISOR PARA INDICAR: CARGA DA BATERIA, NÚMERO DE CICLOS QUE A BATERIA FOI SUBMETIDA PARA MELHOR CONTROLE DO SEU TEMPO DE VIDA ÚTIL, STATUS DO CARREGAMENTO E NECESSIDADE DE TROCA DO MÓDULO DE FORÇA; CAIXA OU CONTAINER PARA ESTERILIZAÇÃO COM CAPACIDADE PARA ARMAZENAGEM DOS EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS SEPARADAMENTE; TODO O MATERIAL, SALVO ITENS COM INDICAÇÃO PARA NÃO ESTERILIZAR, DEVERÃO SER AUTOCLAVÁVEIS EM VAPOR 134°C OU PERÓXIDO DE HIDROGENIO; MANDRIL COM CHAVE ?? DE ENGATE RÁPIDO PARA ACESSÓRIOS DE ATÉ 6,4 MM; COM 04 BATERIAS DE ÍONS DE LÍTIO; TREINAMENTO PARA A EQUIPE DO CENTRO CIRÚRGICO (MONTAGEM/DESMONTAGEM E MANUSEIO), CENTRAL DE MATERIAL (MANUSEIO E ESTERILIZAÇÃO) E DEMAIS PESSOAS INDICADAS PELA INSTITUIÇÃO. 01 (UM) MANUAL DE USUÁRIO EM PORTUGUÊS E MANUAL DE SERVIÇO EM QUALQUER LÍNGUA. GARANTIA DE 01(UM) ANO. O EQUIPAMENTO DEVE POSSUIR REGISTRO NA ANVISA, E A DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DEVERÁ SER APRESENTADA PELA EMPRESA

9 - PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO

NATUREZA DA DESPESA				
Código	**Total**	**Recursos**	**Contrapartida Bens e Serviços**	**Rendimento de Aplicação**
449052	R$ 200.000,00	R$ 200.000,00	R$ 0,00	R$ 0,00
TOTAL GERAL:	**R$ 200.000,00**			

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 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