



MINISTERIO DA SAUDE

TRANSFEREGOV

Nº / ANO DA PROPOSTA:

024150/2016

OBJETO:

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

JUSTIFICATIVA:

1 - DADOS DO CONCEDENTE

| | | | |
|---|--|---|--|
| CONCEDENTE: 36000 | NOME DO ÓRGÃO/ÓRGÃO SUBORDINADO OU UG: MINISTERIO DA SAUDE | | |
| CPF DO RESPONSÁVEL: 424.789.799-34 | NOME DO RESPONSÁVEL: RICARDO JOSE MAGALHAES BARROS | | |
| ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: Esplanada dos Ministérios - Gabinete | | CEP DO RESPONSÁVEL: 70058-900 | |

2 - DADOS DO PROPONENTE

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------|---|------------------------------------|
| PROponente: 09.112.236/0001-94 | | | | | |
| Razão Social do Proponente: FUNDAÇÃO NAPOLEÃO LAUREANO | | | | | |
| Endereço Jurídico do Proponente: AVENIDA CAPITÃO JOSÉ PESSOA, 1140 | | | | | |
| Cidade: JOÃO PESSOA | UF: PB | Código Município: 2051 | CEP: 58015170 | E.A.: Entidade Privada sem fins lucrativos | DDD/Telefone: 8330156200 |
| Banco: 104 - CAIXA ECONOMICA | Agência: 1909-7 | Conta Corrente: 0030028974 | | | |
| CPF do Responsável: 002.181.034-68 | Nome do Responsável: ANTONIO CARNEIRO ARNAUD | | | | |
| Endereço do Responsável: AVENIDA MONTEIRO DA FRANCA, 999, APT. 601 - MANAIRA | | | | CEP do Responsável: 58038320 | |

4 - DADOS DO EXECUTOR/VALORES

| | | |
|---|----------------|----------------|
| VALOR GLOBAL: | R\$ 500.000,00 | |
| VALOR DA CONTRAPARTIDA: | R\$ 0,00 | |
| VALOR DOS REPASSES: | Ano | Valor |
| | 2016 | 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: | 13/09/2016 | |
| FIM DE VIGÊNCIA: | 18/07/2018 | |
| VIGÊNCIA DO CONVÊNIO: | 2018 | |

5 - PLANO DE TRABALHO**Meta nº: 1**

| | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Especificação: AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE | | | |
| Unidade de Medida: UN | Quantidade: 12.0 | Valor: | R\$ 500.000,00 |
| Início Previsto: 13/09/2016 | Término Previsto: 18/07/2018 | Valor Global: | R\$ 500.000,00 |
| UF: PB | Município: 2051 - JOAO PESSOA | CEP: | |
| Endereço: | | | |
| Etapa/Fase nº: 1 | | | |
| Especificação: AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE | | | |
| Quantidade: 12.0 UN | Valor: R\$ 500.000,00 | Início Previsto: 13/09/2016 | Término Previsto: 18/07/2018 |

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

| | |
|---|--------------------------------------|
| MÊS DESEMBOLSO: Julho | ANO: 2017 |
| META Nº: 1 | VALOR DA META: R\$ 500.000,00 |
| DESCRIÇÃO: AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE | |
| VALOR DO REPASSE: | R\$ 500.000,00 PARCELA Nº: 1 |

**7 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO
FUNDACAO NAPOLEAO LAUREANO**

8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

| | | | | |
|---|-------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 010798-Carro de Emergência | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AV CAPITAO JOSE PESSOA | | | | |
| CEP: 58015-170 | UF: PB | MUNICÍPIO: 2051 - JOAO PESSOA | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 1,00 | V. UNITÁRIO: | R\$ 4.000,00 | V.TOTAL: R\$ 4.000,00 |
| OBSERVAÇÃO: CONFEÇÃO ESTRUTURA/ GABINETE: AÇO PINTADO/ AÇO INÓX, CILINDRO DE OXIGÊNIO: NÃO POSSUI, SUPORTE PARA CILINDRO: POSSUI, SUPORTE DE SORO: POSSUI, GAVETAS: MÍNIMO DE 04, SUPORTE PARA DESFIBRILADOR: POSSUI, RÉGUA DE TOMADAS: POSSUI, TÁBUA DE MASSAGEM: POSSUI | | | | |
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 010860-Monitor de Débito Contínuo (DC) | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AV CAPITAO JOSE PESSOA | | | | |
| CEP: 58015-170 | UF: PB | MUNICÍPIO: 2051 - JOAO PESSOA | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 1,00 | V. UNITÁRIO: | R\$ 50.000,00 | V.TOTAL: R\$ 50.000,00 |
| OBSERVAÇÃO: Monitor para medidas de débito cardíaco contínuo, minimamente invasiva, por expressão de pulso e saturação venosa contínua por espectrofotometria; possibilidade de medida dos seguintes parâmetros pelo menos: débito cardíaco - DC, índice cardíaco - IC, volume sistólico - VS, volume sistólico indexado - VSI, variação de volume sistólico - VVS, resistência vascular sistêmica - RVS e indexada - RVSI; Saturação venosa central de oxigênio - SvcO2; Possuir tela colorida com gráfico de tendência com pelo menos duas ondas e dois displays numéricos; Realizar a atualização do débito cardíaco a cada 20 segundos; Possuir botão seletor; Possuir memória de dados de pelo menos 70 horas; possuir comunicação bidimensional com monitor multiparamétrico por saída/entrada analógica e comunicação para impressora USB; Acompanhar pelo menos: 01 cabo elétrico; 01 cabo para conexão do sensor de débito cardíaco por pressão de pulso; 01 cabo óptico e suporte para fixação do monitor com garra. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.OPCIONAIS (DESCREVER): POSSUI | | | | |
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 002274-Computador (Desktop-Básico) | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AV CAPITAO JOSE PESSOA | | | | |
| CEP: 58015-170 | UF: PB | MUNICÍPIO: 2051 - JOAO PESSOA | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 1,00 | V. UNITÁRIO: | R\$ 3.000,00 | V.TOTAL: R\$ 3.000,00 |
| OBSERVAÇÃO: Processador: NO MÍNIMO INTEL CORE I3 ou AMD A10 ou superiores Disco rígido: MÍNIMO DE 500 GB Memória RAM: 4GB, DDR3, 1600 MHz Unidade de disco ótico: CD/DVD ROM Teclado: USB, ABNT2, 107 TECLAS (COM FIO) Tipo de monitor: 18,5 polegadas (1366 X 768) Mouse: USB, 800 DPI, 2 BOTÕES, SCROOL (COM FIO) Interfaces de rede: 10/100/1000 e WIFI Interfaces de vídeo: INTEGRADA Sistema operacional: ni mínimo WINDOWS 7 PRO (64 BITS) Fonte: COMPATÍVEL COM O ITEM Garantia: MÍNIMA DE 12 MESES PROCESSADOR: NO MÍNIMO INTEL CORE I3 ou AMD A10, DISCO RÍGIDO: MÍNIMO DE 500 GB, MEMÓRIA RAM: 4GB, DDR3, 1600 MHz, UNIDADE DE DISCO ÓTICO: CD/DVD ROM, TECLADO: USB, ABNT2, 107 TECLAS (COM FIO), TIPO DE MONITOR: 18,5 (1366 X 768), MOUSE: USB, 800 DPI, 2 BOTÕES, SCROOL (COM FIO), INTERFACES DE REDE: 10/100/1000 e WIFI, INTERFACES DE VÍDEO: INTEGRADA, SISTEMA OPERACIONAL: WINDOWS 7 PRO (64 BITS), FONTE: COMPATÍVEL COM O ITEM, GARANTIA: MÍNIMA DE 12 MESES | | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 011234-Aparelho de Anestesia para Ressonância Magnética | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AV CAPITAO JOSE PESSOA | | | | |
| CEP: 58015-170 | UF: PB | MUNICÍPIO: 2051 - JOAO PESSOA | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 1,00 | V. UNITÁRIO: R\$ 140.000,00 | V.TOTAL: R\$ 140.000,00 | |
| <p>OBSERVAÇÃO: Equipamento microprocessado para atender a pacientes neonatais, pediátricos, adultos e obesos mórbidos. Possuir blindagem para ambiente de Ressonância Magnética; Compatível com ambiente MRI de até 3 Tesla; Estrutura em material não magnético, dotado de gavetas e rodízios com freios em pelo menos dois deles, mesa de trabalho e bandeja para apoio de monitores. Rotâmetro composto por fluxômetro com escalas para alto e baixo fluxo ou com monitoração digital com entrada para oxigênio - O2, ar comprimido e óxido nitroso -N2O. Válvulas para controle de fluxo e pressão com sistema de segurança para proteger o paciente de pressão e fluxos inadequados. Filtro totalmente autoclavável, canister para armazenagem de cal sodada, possibilidade de sistema de exaustão de gases. Válvula APL graduada.Vaporizador do tipo calibrado de engate rápido, com possibilidade de acoplamento de 2 vaporizadores; Ventilador eletrônico microprocessado, volumétrico/pressométrico, com display LCD para visualização dos parâmetros e curvas; Possuir pelo menos as modalidades ventilatórias: ventilação controlada a volume, ventilação controlada a pressão, ventilação intermitente mandatória sincronizada, ventilação por pressão de suporte, ventilação manual/espontânea. Possuir controle e ajuste para pelo menos os parâmetros: pressão máxima, volume corrente, frequência respiratória, fluxo e tempo inspiratório/expiratório; PEEP, pausa inspiratória -todos os controles devem possuir faixas de ajustes necessários para o atendimento de pacientes neonatais a obesos mórbidos-.</p> <p>Monitorização de pelo menos: volume corrente, volume minuto, FiO2, pressão de pico, média e PEEP. Alarmes audiovisuais e configuráveis pelo operador. Bateria interna no mínimo 30 minutos; Deverá acompanhar o equipamento, no mínimo: 01 Vaporizador calibrado, 02 circuitos pacientes completos adultos, 02 pediátricos e 02 neonatais com máscaras, fabricados em silicone autoclavável, mangueiras de extensão para ar comprimido, oxigênio e NO2, balão para ventilação e demais acessórios necessários para o pleno funcionamento do equipamento. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante. OUTROS (ESPECIFICAR): POSSUI</p> | | | | |
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 010795-Foco Cirúrgico de Solo Móvel | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AV CAPITAO JOSE PESSOA | | | | |
| CEP: 58015-170 | UF: PB | MUNICÍPIO: 2051 - JOAO PESSOA | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 3,00 | V. UNITÁRIO: R\$ 16.000,00 | V.TOTAL: R\$ 48.000,00 | |
| <p>OBSERVAÇÃO: TIPO: LED 1 BULBO 81.000 A 130.000 LUX, SISTEMA DE EMERGÊNCIA/BATERIA: POSSUI, PEDESTAL COM RODÍZIOS: POSSUI, BRAÇO ARTICULADO: POSSUI, PAR DE MANOPLAS AUTOCLAVÁVEIS: POSSUI, AJUSTE DE INTENSIDADE LUMINOSA: POSSUI</p> | | | | |

| | | | | |
|--|-------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO: 002174-Mesa Cirúrgica Elétrica | | | | |
| NATUREZA DA AQUISIÇÃO: Recursos do Convênio | | | NATUREZA DA DESPESA: 449052 | |
| ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO: AV CAPITAO JOSE PESSOA | | | | |
| CEP: 58015-170 | UF: PB | MUNICÍPIO: 2051 - JOAO PESSOA | | |
| UNIDADE: UN | QUANTIDADE: 5,00 | V. UNITÁRIO: R\$ 51.000,00 | V.TOTAL: R\$ 255.000,00 | |
| OBSERVAÇÃO: Mesa cirúrgica elétrica, radiotransparente, para procedimentos de alta complexidade. Características técnicas mínimas: Tipo de acionamento deverá ser elétrico por controle remoto para os seguintes movimentos: Regulagem de altura, Trendelemburg, reverso do Trendelemburg e lateralidade . Movimento longitudinal manual ou elétrico.; Além desses, deve permitir as seguintes posições: Renal; Semiflexão de perna e coxa; Flexão abdominal; Semissentado. Movimentos da mesa: Altura ajustável; Trendelemburg; Reverso do Trendelemburg; Lateral esquerda e direita; Movimento longitudinal do tampo para ambos os lados. Capacidade de peso: pacientes até 220 Kg, no mínimo; Material: Mesa: Tampo Radiotransparente, permitindo utilização do intensificador de imagem; Coluna e Base: devem ser constituídas de aço inoxidável; Base: deve ser provida de sistema de movimentação e fixação; Colchonete: deve ser translúcido, antiestático, leve e de fácil manipulação. Deve ser revestido de material impermeável e sem costuras. Acessórios Mínicos: 01 arco de narcose; 01 suporte para renal; 01 par de suportes de braço; 01par de porta-coxa; 01 par de suportes laterais; 01 par de ombreiras; 01 jogo de colchonete impermeável e sem costura; 01 bandeja porta cassetete; 01 gaveta ginecológica, cabo de alimentação padrão ABNT. Bateria interna recarregável; Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.OPCIONAIS (DESCREVER): NÃO POSSUI | | | | |

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:

CONVENIO 835108.pdf