



**Nº / ANO DA PROPOSTA:**

043247/2015

**DADOS DO CONCEDENTE**

**OBJETO:**

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

**JUSTIFICATIVA:**

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP é uma autarquia do Governo do Estado, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins de coordenação administrativa e associada à Faculdade de Medicina da USP para fins de ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde destinados à comunidade. O InCor (CNES 2071568), compõe o complexo HCFMUSP como um instituto altamente especializado no atendimento hospitalar de alta complexidade, em cardiopneumologia, cirurgia cardíaca e torácica. Possui 449 leitos, em 2014 realizou 239.602 consultas médicas, 13.651 internações, 4.939 cirurgias, 3.878.016 exames (Serviço Auxiliar Diagnóstico Terapia - SADT), 12.805 estudos hemodinâmicos e 1.494 estimulações cardíacas artificial. A fim de garantir a qualidade e quantidade dos atendimentos prestados, faz-se necessário a substituição de equipamentos obsoletos. Os equipamentos pleitados são para uso no setor de Internação UTI/CTI, Ambiente Área Coletiva de Tratamento.

**FUNDAMENTO LEGAL:**

Decreto 6170 de 2007 e alterações.

<b>CONCEDENTE:</b> 36000	<b>NOME DO ÓRGÃO/ÓRGÃO SUBORDINADO OU UG:</b> MINISTERIO DA SAUDE		
<b>CIDADE:</b>	<b>UF:</b>	<b>CÓDIGO DO MUNICÍPIO:</b>	<b>CEP:</b>
<b>CPF DO RESPONSÁVEL PELO CONCEDENTE:</b> 02382091304		<b>NOME DO RESPONSÁVEL:</b> MARCELO COSTA E CASTRO	
<b>ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL PELO CONCEDENTE:</b> Esplanada dos Ministérios Bloco G Gabinete		<b>C.E.P DO RESPONSÁVEL PELO CONCEDENTE:</b> 70058-900	

**2 - DADOS DO PROPONENTE**

<b>PROponente:</b> 50644053000113					
<b>RAZÃO SOCIAL DO PROPONENTE:</b> FUNDAÇÃO ZERBINI					
<b>ENDEREÇO JURÍDICO DO PROPONENTE:</b> Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44					
<b>CIDADE:</b> SAO PAULO	<b>UF:</b> SP	<b>CÓDIGO MUNICÍPIO:</b> 7107	<b>CEP:</b> 05403-000	<b>E.A.:</b> Entidade Privada sem fins lucrativos	<b>DDD/TELEFONE:</b> (11)21865617
<b>BANCO:</b> 001 - BANCO DO BRASIL SA	<b>AGÊNCIA:</b> 3221-2	<b>CONTA CORRENTE:</b> 71153			
<b>CPF DO RESPONSÁVEL PELO PROPONENTE:</b> 47826681804			<b>NOME DO RESPONSÁVEL:</b> JOSE ANTONIO DE LIMA		
<b>ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL PELO PROPONENTE:</b> Rua Haddock Lobo 347- 9 Andar					

### 3- DADOS DO INTERVENIENTE

**4 - DADOS DO EXECUTOR/VALORES**

<b>VALOR GLOBAL:</b>	R\$ 562.300,00	
<b>VALOR DA CONTRAPARTIDA:</b>	R\$ 0,00	
<b>VALOR DOS REPASSES:</b>	Ano	Valor
	2015	R\$ 562.300,00
<b>VALOR DA CONTRAPARTIDA FINANCEIRA:</b>	R\$ 0,00	
<b>VALOR DA CONTRAPARTIDA EM BENS E SERVIÇOS:</b>	R\$ 0,00	
<b>VALOR DA RENDIMENTOS DE APLICAÇÃO:</b>	R\$ 0,00	
<b>INÍCIO DE VIGÊNCIA:</b>	22/12/2015	
<b>FIM DE VIGÊNCIA:</b>	21/12/2016	
<b>VIGÊNCIA DO CONVÊNIO:</b>	2016	

## 5 - PLANO DE TRABALHO

### Meta nº: 1

<b>Especificação:</b> Aquisição de Equipamentos			
<b>UNIDADE DE MEDIDA:</b> UN		<b>QUANTIDADE:</b> 10.0	
<b>Valor:</b> R\$ 562.300,00		<b>Início</b> 22/12/2015	<b>Término Previsto:</b> 21/12/2016
<b>Valor Global:</b> R\$ 562.300,00			
<b>Município:</b> SAO PAULO		<b>Sigla UF:</b> SP	<b>Cód.</b> 7107 <b>CEP:</b>
<b>Endereço:</b>			
<b>Etapa/Fase nº:</b> 1			
<b>Especificação:</b> Aquisição de equipamentos visando atualização do parque tecnológico e substituição de equipamentos danificados e/ou obsoletos, com mais de 10 anos de uso intenso e sem peças de reposição; possibilitando assim melhoria na qualidade do atendimento prestado à população.			
<b>Quantidade:</b>	<b>Valor:</b>	<b>Início Previsto:</b>	<b>Término</b>
10.0	R\$ 562.300,00	22/12/2015	21/12/2016

### 6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MINISTERIO DA SAUDE

<b>MÊS DESEMBOLSO:</b> Dezembro	<b>ANO:</b> 2015
<b>META Nº:</b> 1 <b>DESCRIÇÃO:</b> Aquisição de Equipamentos	<b>VALOR DA META:</b> R\$ 562.300,00
<b>VALOR DO REPASSE:</b> R\$ 562.300,00	<b>PARCELA Nº:</b> 1

### 7 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FUNDACAO ZERBINI

## 8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 010463-BIPAP			
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio		<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> AVN DR ENEAS DE CARVALHO AGUIAR			
<b>CEP:</b> 03000-054	<b>UF:</b> SP	<b>CÓDIGO DO MUNICÍPIO:</b> 7107	<b>MUNICÍPIO:</b> SAO PAULO
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 10,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 56.230,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 562.300,00
<p><b>OBSERVAÇÃO:</b> VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA BINÍVEL</p> <p>Características Gerais</p> <p>Ventilador não invasivo adulto e pediátrico</p> <p>Ajuste de pressão inspiratória e expiratória</p> <p>Compensação automática na presença de vazamento</p> <p>Operação em 120/220V automático</p> <p>Geração de fluxo através de turbina ou gerador interno</p> <p>Trigger inspiratório e expiratório automático</p> <p>Suporte de fixação c/sistemas de rodas</p> <p>Alarmes de vazamento, queda de energia, pressão alta e baixa, volume baixo, frequência respiratória alta e baixa</p> <p>Entrada p/rede canalizada de O<sub>2</sub></p> <p>Blender eletrônico interno</p> <p>Standby</p> <p>Possibilidade de atualização de software</p> <p>Bateria c/autonomia de no mín.de 2h</p> <p>Controles ajustáveis pelo operador (NO Mínimo)</p> <p>IPAP de 4a40cm H<sub>2</sub>O</p> <p>EPAP de 4a25cm H<sub>2</sub>O</p> <p>CPAP de 4a25cm H<sub>2</sub>O</p> <p>Frequência de 4a60rpm</p> <p>Tempo Inspiratório de 0,3a3seg</p> <p>Rise time</p> <p>Ajuste p/concentração de O<sub>2</sub> de 21a100%</p> <p>Modos Ventilatórios:</p> <p>CPAP</p> <p>Espontâneo/Tempo</p> <p>Pressão Controlada</p> <p>Ventilação c/pressão de suporte e volume assegurado</p> <p>Monitorização</p> <p>Numérica:</p> <p>Pressão insp. de pico</p> <p>Pressão exp final</p> <p>Pressão positiva contínua ajustada</p> <p>Volume expirado (corrente e minuto)</p> <p>Frequência respiratória (espontânea tempo inspiratório, tempo total)</p> <p>Relação I:E ou Ti/Ttot</p> <p>Vazamento</p> <p>Monitor:</p> <p>Tela de LCD de aprox. 120?</p> <p>Touch screen</p> <p>Resolução de aprox. 1024X768px</p> <p>Gráficos, c/possibilidade de congelamento e alteração de escalas de onda: PressãoxTempo, FluxoxTempo e VolumexTempo</p> <p>Acessórios por eqpto</p> <p>2 filtros internos; 2 Máscaras faciais totais: TAM. Ad. grande, que recobre boca, nariz e olhos em policarbonato c/bordas de silicone almofadadas, anatômica s/rebarbas. Constituída de entrada de ar em cotovelo removível s/válvula de segurança p/uso c/circuito de ramo duplo e c/cotovelo removível c/válvula expiratória integrada p/uso em ramo único; a apresentação do produto deve obedecer a legislação atual vigente.</p> <p>10 Máscaras oronasais P,</p> <p>05 Máscaras oronasais M e</p> <p>10 Máscaras oronasais G</p> <p>Máscara almofada em silicone, anatômico, cobrindo nariz e boca, c/sist. de fixação à</p>			

cabeça e ajuste de apoio de testa, p/utilização c/interface nos dispositivos de emissão de pressão positiva (cpap) ou de nível duplo da respironics (bipap), c/dispositivo de expiração integrado na máscara e saída p/aporte de O2, reutilizável. Embalagem individual, c/dados de identificação, número de lote, data de validade e fabricação, número da anvisa e não estéril. Marca do fabricante estampado de forma indelével no produto. P/ser usada por adultos c/mais de 30kg, nos tamanhos P, M e G

ALARMES: POSSUI, RISE TIME: POSSUI, VENTILAÇÃO DE BACKUP: POSSUI, SENSIBILIDADE: À FLUXO, UMIDIFICADOR PERMANENTE: POSSUI, PRESSÃO MÁXIMA: MÍNIMO DE 30 cmH2O, MÁSCARA NASAL: POSSUI, MÁSCARA ORONASAL: POSSUI, MÁSCARA FACIAL: POSSUI

#### 9 - PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO

NATUREZA DA DESPESA				
Código	Total	Recursos	Contrapartida Bens e Serviços	Rendimento de Aplicação
449052	R\$ 562.300,00	R\$ 562.300,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>TOTAL GERAL:</b> R\$ 562.300,00				

## 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