



**Nº / ANO DA PROPOSTA:**

030034/2016

**DADOS DO CONCEDENTE**

**OBJETO:**

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

**JUSTIFICATIVA:**

A Vila São José Bento Cottolengo é uma Entidade Beneficente de Assistência Social voltada para a área da saúde, atualmente a Instituição conta com 03 modalidades de serviços habilitadas pelo Ministério da Saúde, sendo elas: 01- Internação de Longa permanência para pessoas com deficiência e em situação de vulnerabilidade, que precisam de atendimento específico na área da saúde. A Entidade conta com 11 unidades de internação de longa permanência que atende a 345 pacientes SUS com deficiências múltiplas com vínculo familiar rompido ou vulnerável. São pacientes que necessitam de cuidados especializados, possuem vários comprometimentos clínicos e também má formação. Todos recebem atendimento terapêutico diariamente e acompanhamento médico e de enfermagem 24h. 02- A Instituição é habilitada pelo Ministério da Saúde com Centro Especializado em Reabilitação Física, Auditiva e Intelectual CER III. 03- Hospital Especializado. Para Hospital Especializado a Entidade pleiteia a aquisição de 04 MAPAS - MONITOR AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL equipamento utilizado para medições de pressão sanguínea e frequência cardíaca. O equipamento mapa possibilitará detectar a origem dos focos das arritmias e a localização das principais estruturas do coração. É o mapeamento que nos permite dizer se determinada arritmia é passível de tratamento definitivo através da ablação por radiofrequência, ou se o foco está em uma região de risco. Para Hospital Especializado a Entidade pleiteia a aquisição de 01 AUTOREFRATOR equipamento oftalmológico utilizado para medir a refração (grau) do olho, podendo também medir a curvatura da córnea. Para Hospital Especializado a Entidade pleiteia a aquisição de 01 BIÔMETRO DE COERÊNCIA ÓPTICA equipamento destinado ao diagnóstico oftalmológico para cálculo de medidas necessárias para determinação da lente durante a cirurgia de catarata, utilizando as medições a partir da luz (interferometria). A Instituição possui também um ambulatório que realiza atendimentos pelo SUS e particular consultas de especialidades diversas, vários procedimentos clínicos e exames, dentre eles temos o Diagnóstico Oftalmológico, hoje já realizamos biometria, tonometria e mapeamento de retina, principalmente nos casos cirúrgicos assim justifica-se o pleito para a aquisição de equipamentos que auxiliaram e agregará nos diagnósticos oftalmológicos. Justifica-se que os ambientes para instalação e operacionalização dos equipamentos pleiteados estão adequados conforme alvarás e atestados obrigatórios para o funcionamento. Justifica-se que esta Entidade possui profissionais como: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem capacitados e habilitados para operacionalizar os equipamentos pleiteados. AFIRMAR QUE OS EQUIPAMENTOS PLEITEADOS SERÃO DESTINADOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS SUS CONFORME CONVÊNIO EM ANEXO.

**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> 42478979934		<b>NOME DO RESPONSÁVEL:</b> RICARDO JOSE MAGALHAES BARROS	
<b>ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL PELO CONCEDENTE:</b> Esplanada dos Ministérios - Gabinete		<b>C.E.P DO RESPONSÁVEL PELO CONCEDENTE:</b> 70058-900	

**2 - DADOS DO PROPONENTE**

<b>PROponente:</b> 00420371000122					
<b>RAZÃO SOCIAL DO PROPONENTE:</b> VILA SAO JOSE BENTO COTTOLENGO					
<b>ENDEREÇO JURÍDICO DO PROPONENTE:</b> Avenida Manoel Monteiro, nº 163					
<b>CIDADE:</b> TRINDADE	<b>UF:</b> GO	<b>CÓDIGO MUNICÍPIO:</b> 9625	<b>CEP:</b> 75388596	<b>E.A.:</b> Entidade Privada sem fins lucrativos	<b>DDD/TELEFONE:</b> 62 / 3506-9000 /
<b>BANCO:</b> 001 - BANCO DO BRASIL SA	<b>AGÊNCIA:</b> 2738-3	<b>CONTA CORRENTE:</b> 35645X			
<b>CPF DO RESPONSÁVEL PELO PROPONENTE:</b> 52145603115			<b>NOME DO RESPONSÁVEL:</b> JOSE BENTO DE OLIVEIRA		
<b>ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL PELO PROPONENTE:</b> RUA 230, 256 - VILA MONTECELLI					

### 3- DADOS DO INTERVENIENTE

**4 - DADOS DO EXECUTOR/VALORES**

<b>VALOR GLOBAL:</b>	R\$ 241.912,00	
<b>VALOR DA CONTRAPARTIDA:</b>	R\$ 0,00	
<b>VALOR DOS REPASSES:</b>	Ano	Valor
	2016	R\$ 241.912,00
<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>	12/12/2016	
<b>FIM DE VIGÊNCIA:</b>	09/05/2018	
<b>VIGÊNCIA DO CONVÊNIO:</b>	2018	

## 5 - PLANO DE TRABALHO

### Meta nº: 1

<b>Especificação:</b> AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE			
<b>UNIDADE DE MEDIDA:</b> UN		<b>QUANTIDADE:</b> 6.0	
<b>Valor:</b> R\$ 241.912,00		<b>Início</b> 12/12/2016	<b>Término Previsto:</b> 09/05/2018
<b>Valor Global:</b> R\$ 241.912,00			
<b>Município:</b> TRINDADE		<b>Sigla UF:</b> GO	<b>Cód.</b> 9625 <b>CEP:</b>
<b>Endereço:</b>			
<b>Etapa/Fase nº:</b> 1			
<b>Especificação:</b> AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE			
<b>Quantidade:</b>	<b>Valor:</b>	<b>Início Previsto:</b>	<b>Término</b>
6.0	R\$ 241.912,00	12/12/2016	09/05/2018

## 6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MINISTERIO DA SAUDE

<b>MÊS DESEMBOLSO:</b> Dezembro	<b>ANO:</b> 2016
<b>META Nº:</b> 1 <b>DESCRIÇÃO:</b> AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	<b>VALOR DA META:</b> R\$ 241.912,00
<b>VALOR DO REPASSE:</b> R\$ 241.912,00	<b>PARCELA Nº:</b> 1

## 7 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO VILA SAO JOSE BENTO COTTOLENGO

## 8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 010563-Autorefrator			
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio		<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> AVN MANOEL MONTEIRO			
<b>CEP:</b> 75380-000	<b>UF:</b> GO	<b>CÓDIGO DO MUNICÍPIO:</b> 9625	<b>MUNICÍPIO:</b> TRINDADE
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 1,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 28.700,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 28.700,00
<p><b>OBSERVAÇÃO:</b> Autorefrator digital com ceratometria microprocessado, deve possuir minimamente os modos REF (refratometria), KER (ceratometria), K/R (refração e ceratometria), CLBC (curva base de lente de contato). Com as seguintes faixas de medição aproximadas: esférica: - 25 D a +22 D, cilindro: 0,00 D a +/- 10,00 D; eixo: 1° a 180°; distância pupilar: 10 a 85 mm; raio de curvatura: 5,0 a 10,2 mm; Refração Corneana: 33.00 D a 67.50 D; Diâmetro mínimo da pupila: 2.0 mm. Possuir monitor colorido com no mínimo 5,0 polegadas, impressora térmica integrada, mesa elétrica, saída de dados RS232C e USB. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante.ESPECIFICAR: SIM</p>			
<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 003130-Biômetro de Coerência Óptica			
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio		<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> AVN MANOEL MONTEIRO			
<b>CEP:</b> 75380-000	<b>UF:</b> GO	<b>CÓDIGO DO MUNICÍPIO:</b> 9625	<b>MUNICÍPIO:</b> TRINDADE
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 1,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 139.400,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 139.400,00
<p><b>OBSERVAÇÃO:</b> Biômetro com medida do comprimento axial através da interferometria, raio de curvatura corneana, profundidade da câmara anterior, distância branco a branco e cálculo da lente intra-ocular. Deve realizar as seguintes medições: Comprimento axial: 14 a 40 mm com escala de 0,01 mm; Ceratometria: 5 a 10 mm com escala de 0,01 mm; Profundidade da câmara anterior: 1,5 a 6,5 mm com escala de 0,1 mm. Branco a branco: 8 a 16 mm com escala de 0,01 mm, fórmulas de cálculo, Holladay 1 e 2, Hoffer Q, Haigis, método de história clínica e ajuste de lente de contato para cálculo da força de refratividade da cónea depois de cirurgia refrativa, Cirurgia de LASIK / PRK /LASEK, cálculo de implante de câmara anterior e posterior. Alimentação elétrica com seleção automática de 110 a 240 Volts.ESPECIFICAR: SIM</p>			
<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 010274-MAPA - Monitor Ambulatorial de Pressão Arterial			
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio		<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> AVN MANOEL MONTEIRO			
<b>CEP:</b> 75380-000	<b>UF:</b> GO	<b>CÓDIGO DO MUNICÍPIO:</b> 9625	<b>MUNICÍPIO:</b> TRINDADE
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 4,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 18.453,00	<b>V.TOTAL:</b> R\$ 73.812,00
<p><b>OBSERVAÇÃO:</b> Características do Equipamento: Intervalos de Medição diurnos e noturnos totalmente programáveis. Software Incluso Memória para 250 medidas seguramente armazenadas. Registro de medicamentos até 50 medidas. Faixa de medição: 30-280mmHg. Batimentos: 40-200 batimentos por minuto - pulsação. O software simplifica a coleta de dados das medições realizadas, através da automatização de captação dos dados, as funções de exibição e manutenção de registros do sistema, tabulação e análise. O software gera relatório clínico em formato tabular, gráfico, Histogramas e estatístico, permite a programação de monitoramento da PA sob medida para cada tipo de paciente. Deve acompanhar o equipamento: mínimo 02 gravadores de Monitoração Ambulatorial de Pressão Arterial; 01 CD-ROM de Instalação do Software; 01 Computador com Impressora compatível com configuração adequada para atender ao perfeito funcionamento do Sistema e demais acessórios aplicáveis para sua utilização.ESPECIFICAR: SIM</p>			

## 9 - PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO

<b>NATUREZA DA DESPESA</b>				
<b>Código</b>	<b>Total</b>	<b>Recursos</b>	<b>Contrapartida Bens e Serviços</b>	<b>Rendimento de Aplicação</b>
449052	R\$ 241.912,00	R\$ 241.912,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
<b>TOTAL GERAL:</b> R\$ 241.912,00				

## 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