



MINISTERIO DA SAUDE

TRANSFEREGOV

**Nº / ANO DA PROPOSTA:**

036371/2023

**OBJETO:**

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

**CARACTERIZAÇÃO DOS INTERESSES RECÍPROCOS:**

O Hospital Nossa Senhora das Graças Maternidade Mater Dei de Curitiba é reconhecida pelo Ministério da Saúde, pelo UNICEF e pela Organização Mundial de Saúde OMS com o título de HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA, em face de seu incentivo na prática do aleitamento materno e a redução da mortalidade infantil. Pioneira na implantação de cuidados de humanização, recebeu o reconhecimento do Ministério da Saúde, com o Prêmio Galba de Araújo. CNES 2715864

**RELAÇÃO ENTRE A PROPOSTA E OS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO PROGRAMA:**

A proposta faz relação com a Rede de Atenção à Saúde e retaguarda na UTI para o Recém Nascidos e a Atenção Especializada à Saúde, buscando otimizar a prestação de serviços de saúde de forma qualificada aos pacientes do Sistema Único de Saúde atendidos em nossa Instituição e ainda contribuir para estruturação da rede de atenção especializada como Maternidade baixa e média complexidade. Possuímos 19 leitos de UTI aos Recém Nascidos. O CNES da Maternidade Mater Dei e o 2715864

**PÚBLICO ALVO:**

O Hospital Nossa Senhora das Graças Maternidade Mater Dei tem como intuito, atender com dignidade e respeito no atendimento às pacientes, em especial as de menor poder aquisitivo de Curitiba e Região Metropolitana, nas especialidades de Ginecologia, Obstetrícia e UTI neonatal, tem sido a marca dessa unidade, que busca constantemente implementação de serviços humanizados. A Maternidade atende 100% ao Sistema Único de Saúde e aos seus pacientes provenientes do SUS de Curitiba, Região Metrop.

**PROBLEMA A SER RESOLVIDO:**

Proporcionar um atendimento rápido ao paciente, disponibilizando equipamentos de apoio que possam apoiar na assistência e bem estar, bem como diminuir o tempo de permanência na unidade hospitalar.

**RESULTADOS ESPERADOS:**

Disponibilizar equipamentos novos para apoiar na assistência, reestruturação e melhoria contínua das instalações, visando sempre proporcionar mais conforto, e uma assistência mais qualificada, com um excelente atendimento as mães e bebês atendidos pelo Sistema Único de Saúde e

**1 - DADOS DO CONCEDENTE**

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>CONCEDENTE:</b><br>36000  | <b>NOME DO ÓRGÃO/ÓRGÃO SUBORDINADO OU UG:</b><br>MINISTERIO DA SAUDE |   |  |
| <b>CPF DO RESPONSÁVEL:</b><br>425.005.407-15                           | <b>NOME DO RESPONSÁVEL:</b><br>NISIA VERONICA TRINDADE LIMA          |   |  |
| <b>ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:</b><br>Gabinete da Ministra, Bloco G, Sede |  | <b>CEP DO RESPONSÁVEL:</b><br>70058-900 |  |

**2 - DADOS DO PROPONENTE**

|   |                  |   |                         |   |                                    |
|---|------------------|---|-------------------------|---|------------------------------------|
| <b>PROponente:</b><br>76.562.198/0001-69                                |                  |   |                         |   |                                    |
| <b>Razão Social do Proponente:</b><br>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS |                  |   |                         |   |                                    |
| <b>Endereço Jurídico do Proponente:</b><br>RUA ALCIDES MUNHOZ, 433      |                  |   |                         |   |                                    |
| <b>Cidade:</b><br>CURITIBA  | <b>UF:</b><br>PR | <b>Código Município:</b><br>7535                      | <b>CEP:</b><br>80810040 | <b>E.A.:</b><br>Entidade Privada<br>sem fins lucrativos | <b>DDD/Telefone:</b><br>4132406943 |
| <b>Banco:</b><br>001 - BANCO DO BRASIL SA                               |                  | <b>Agência:</b><br>3404-5                             |                         | <b>Conta Corrente:</b>                                  |                                    |
| <b>CPF do Responsável:</b><br>587.254.829-04                            |                  | <b>Nome do Responsável:</b><br>MARIA DE FATIMA SOBRAL |                         |   |                                    |
| <b>Endereço do Responsável:</b><br>RUA ALCIDES MUNHOZ, 433 - MERCES     |                  |   |                         | <b>CEP do Responsável:</b><br>80810040                  |                                    |

**4 - DADOS DO EXECUTOR/VALORES**

|   |                |                |
|---|----------------|----------------|
| <b>VALOR GLOBAL:</b>                              | R\$ 100.932,00 |                |
| <b>VALOR DA CONTRAPARTIDA:</b>                    | R\$ 932,00     |                |
| <b>VALOR DOS REPASSES:</b>                        | Ano            | Valor          |
|   | 2023           | R\$ 100.000,00 |
| <b>VALOR DA CONTRAPARTIDA FINANCEIRA:</b>         | R\$ 932,00     |                |
| <b>VALOR DA CONTRAPARTIDA EM BENS E SERVIÇOS:</b> | R\$ 0,00       |                |
| <b>VALOR DE RENDIMENTOS DE APLICAÇÃO:</b>         | R\$ 0,00       |                |
| <b>INÍCIO DE VIGÊNCIA:</b>                        | 21/06/2023     |                |
| <b>FIM DE VIGÊNCIA:</b>                           | 27/02/2024     |                |
| <b>VIGÊNCIA DO CONVÊNIO:</b>                      | 2024           |                |

**5 - PLANO DE TRABALHO**

**Meta nº:** 1

|   |                                     |                                       |  |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <b>Especificação:</b> Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes         |                                     |                                       |  |
| <b>Unidade de Medida:</b> UN  | <b>Quantidade:</b> 2.0              | <b>Valor:</b>                         | R\$ 100.932,00                         |
| <b>Início Previsto:</b> 21/06/2023  | <b>Término Previsto:</b> 27/02/2024 | <b>Valor Global:</b>                  | R\$ 100.932,00                         |
| <b>UF:</b> PR   | <b>Município:</b> 7535 - CURITIBA   | <b>CEP:</b>                           |  |
| <b>Endereço:</b>  |                                     |                                       |  |
| <b>Etapa/Fase nº:</b> 1   |                                     |                                       |  |
| <b>Especificação:</b> Etapa - Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes |                                     |                                       |  |
| <b>Quantidade:</b><br>2.0 UN  | <b>Valor:</b><br>R\$ 100.932,00     | <b>Início Previsto:</b><br>21/06/2023 | <b>Término Previsto:</b><br>27/02/2024 |

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

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>MÊS DESEMBOLSO:</b> Junho  | <b>ANO:</b> 2023                     |
| <b>META Nº:</b> 1   | <b>VALOR DA META:</b> R\$ 100.000,00 |
| <b>DESCRIÇÃO:</b> Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes |                                      |
| <b>VALOR DO REPASSE:</b>  | R\$ 100.000,00 <b>PARCELA Nº:</b> 1  |

**7 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO  
HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS**

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <b>MÊS DESEMBOLSO:</b> Junho  | <b>ANO:</b> 2023                 |
| <b>META Nº:</b> 1   | <b>VALOR DA META:</b> R\$ 932,00 |
| <b>DESCRIÇÃO:</b> Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes |                                  |
| <b>VALOR DO REPASSE:</b>  | R\$ 932,00 <b>PARCELA Nº:</b> 1  |

## 8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

|   |                         |                                   |                                    |  |
|---|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| <b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000537-Incubadora Neonatal (estacionária)  |                         |                                   |                                    |  |
| <b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio  |                         |                                   | <b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052 |  |
| <b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> RUA ALCIDES MUNHOZ, 433   |                         |                                   |                                    |  |
| <b>CEP:</b> 80810-040   | <b>UF:</b> PR           | <b>MUNICÍPIO:</b> 7535 - CURITIBA |                                    |  |
| <b>UNIDADE:</b> UN  | <b>QUANTIDADE:</b> 2,00 | <b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 50.466,00 | <b>V.TOTAL:</b> R\$ 100.932,00     |  |
| <p><b>OBSERVAÇÃO:</b> Equipamento construído em material não-ferroso para evitar oxidações e facilitar assepsia; Cúpula em acrílico transparente de paredes duplas para evitar a perda de calor por irradiação; Possuir trava de segurança e/ou mecanismo de amortecimento para fechamento suave da cúpula para evitar acidentes; possuir porta de acesso rebatível; Possui pelo menos 5 portinholas ovais com trincos que possam ser abertos com os cotovelos e fechamento sobre guarnição de material atóxico, garantindo o isolamento e a condição de leve pressão positiva dentro da câmara; possuir pelo menos uma portinhola do tipo íris, permitindo a passagem e posicionamento de circuitos de respiradores, facilitando as manobras de intubação, sem alterar as condições do ambiente, possuir passa-tubos nas laterais da cúpula, permitindo o acesso de cabos e circuitos para o paciente; Suporte com rodízios de pelo menos 4 polegadas e freios; Leito do paciente construído em material plástico, atóxico e radiotransparente, permitindo o procedimento de radiografia sem remover o paciente, ajustes do leito nas posições mínimas de Trendelenburg e Próclive, sem abrir a cúpula; possibilidade de deslocamento do leito para fora da cúpula, na parte frontal, através de trilhos, com trava de segurança; Possuir colchão de espuma de densidade adequada ao conforto do paciente; capa de materiais atóxicos e autoextinguíveis; Não possuir cantos vivos, facilitando os trabalhos de limpeza e desinfecção; Painel de controle microprocessado de fácil acesso e remoção para manutenção e calibração, possuir display de LCD ou LEDs que apresente as informações dos parâmetros monitorados; Servocontrole de temperatura do ar ATC (Temperatura do ar controlada) e de pele ITC (Temperatura do RN Controlada), servocontrole contínuo de umidade relativa do ar; Alarmes de indicação visual e sonoro de no mínimo: Alta temperatura ar/pele; Baixa temperatura ar/pele; Alta de circulação do ar; Hipotermia e hipertermia, Desconexão do sensor à pele do paciente, Falta de sensor, Falta de energia, Desligamento automático em caso de alta temperatura; Sistema de segurança; Possuir tecla para silenciar alarmes momentaneamente; Indicação das temperaturas medidas e ajustadas de pele e ar, pelo menos. Memorização dos últimos valores programados de temperaturas, umidade e alarmes para o caso de falta de energia; Sistema de circulação de ar dentro da cúpula. Acompanhar o equipamento no mínimo: Gabinete (1 ou 2 gavetas); Suporte de soro; e Duas prateleiras giratórias para suporte de equipamentos que suporte mínimo 6 kg. Todos os cabos, sensores, adaptadores e conectores necessários ao seu funcionamento. Alimentação elétrica a ser definida pela entidade solicitante. ESPECIFICAR: SIM</p> |                         |                                   |                                    |  |

## 9 - PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO

| NATUREZA DA DESPESA |                       |                |                               |                         |
|---------------------|-----------------------|----------------|-------------------------------|-------------------------|
| Código              | Total                 | Recursos       | Contrapartida Bens e Serviços | Rendimento de Aplicação |
| 449052              | R\$ 100.932,00        | R\$ 100.932,00 | R\$ 0,00                      | R\$ 0,00                |
| <b>TOTAL GERAL:</b> | <b>R\$ 100.932,00</b> |                |                               |                         |

## 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