



MINISTERIO DA SAUDE

TRANSFEREGOV

**Nº / ANO DA PROPOSTA:**

054551/2023

**OBJETO:**

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

**CARACTERIZAÇÃO DOS INTERESSES RECÍPROCOS:**

O Instituto da Criança e do Adolescente (ICr), parte do HCFMUSP, é referência no tratamento de crianças de alto risco com doenças raras, complexas e crônicas, internados nos Centros de Terapia Intensiva. O objetivo para as aquisições é a ampliação, melhora e agilização no diagnóstico, já que os equipamentos solicitados poderão gerar atendimento no ICr, seguindo as diretrizes de saúde auditiva (CNES 2078015).

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

A proposta tem por objetivo promover a avaliação diagnóstica precoce à beira - leito de 90% a 100% das crianças internadas ICr, nos Centros de Terapia Intensiva e alojamento conjunto do BAM, a fim de determinar quaisquer alterações auditivas e prontamente realizar as intervenções necessárias; evitar filas de espera para realização de exames; evitar a evasão, gerar maior adesão da família; diminuição de custos ao SUS.

**PÚBLICO ALVO:**

A maioria dos pacientes atendidos abrange o município de São Paulo, cuja área é DRS 1. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP atende também as demandas de todo o Estado de São Paulo.

**PROBLEMA A SER RESOLVIDO:**

Espera-se que com a aquisição de novos equipamentos nas unidades do ICr e BAM com a inclusão de novos procedimentos diagnósticos à beira leito durante a internação, reduza efetivamente etapas para se chegar ao diagnóstico seguro, intervenção e reabilitação precoces, diminuição da taxa de evasão, gerando um custo final ao SUS, também bastante reduzido (aproximadamente 30-35%).

**RESULTADOS ESPERADOS:**

Diagnosticar a deficiência auditiva, acelerando o processo de intervenção médica e terapêutica. Essa urgência no diagnóstico se justifica, pois o período de desenvolvimento de linguagem ocorre até os 2-3 anos de idade, sendo que a fase mais importante acontece até por volta dos seis meses de idade. É preconizado a seleção e adaptação de prótese auditiva e (re)habilitação auditiva antes dos seis meses, monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento da audição e da linguagem.

**1 - DADOS DO CONCEDENTE**

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

**2 - DADOS DO PROPONENTE**

<b>PROponente:</b> 56.577.059/0001-00					
<b>Razão Social do Proponente:</b> FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA					
<b>Endereço Jurídico do Proponente:</b> AVENIDA REBOUCAS, 381					
<b>Cidade:</b> SAO PAULO	<b>UF:</b> SP	<b>Código Município:</b> 7107	<b>CEP:</b> 05401000	<b>E.A.:</b> Entidade Privada sem fins lucrativos	<b>DDD/Telefone:</b> 1130164949
<b>Banco:</b> 001 - BANCO DO BRASIL SA	<b>Agência:</b> 1897-X	<b>Conta Corrente:</b> 210560			
<b>CPF do Responsável:</b> 013.168.298-98	<b>Nome do Responsável:</b> ARNALDO HOSSEPIAN SALLES LIMA JUNIOR				
<b>Endereço do Responsável:</b> RUA PENNSILVANIA, 742, AP 152 - BROOKLIN				<b>CEP do Responsável:</b> 04564000	

**4 - DADOS DO EXECUTOR/VALORES**

<b>VALOR GLOBAL:</b>	R\$ 159.970,00	
<b>VALOR DA CONTRAPARTIDA:</b>	R\$ 0,00	
<b>VALOR DOS REPASSES:</b>	Ano	Valor
	2023	R\$ 159.970,00
<b>VALOR DA CONTRAPARTIDA FINANCEIRA:</b>	R\$ 0,00	
<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>	09/11/2023	
<b>FIM DE VIGÊNCIA:</b>	02/05/2025	
<b>VIGÊNCIA DO CONVÊNIO:</b>	2025	

**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\$ 159.970,00
<b>Início Previsto:</b> 09/11/2023	<b>Término Previsto:</b> 02/05/2025	<b>Valor Global:</b>	R\$ 159.970,00
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> 7107 - SAO PAULO	<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> 2.0 UN	<b>Valor:</b> R\$ 159.970,00	<b>Início Previsto:</b> 09/11/2023	<b>Término Previsto:</b> 02/05/2025

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

<b>MÊS DESEMBOLSO:</b> Dezembro	<b>ANO:</b> 2023
<b>META Nº:</b> 1	<b>VALOR DA META:</b> R\$ 159.970,00
<b>DESCRIÇÃO:</b> Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes	
<b>VALOR DO REPASSE:</b>	<b>PARCELA Nº:</b> 1

**7 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO  
FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA**

### 8 - PLANO DE APLICAÇÃO DETALHADO

<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000146-BERA Sistema de Potencial Evocado				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> AVENIDA REBOUCAS, 381				
<b>CEP:</b> 05401-000	<b>UF:</b> SP	<b>MUNICÍPIO:</b> 7107 - SAO PAULO		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 1,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 127.468,00	<b>V.TOTAL:</b>	R\$ 127.468,00
<b>OBSERVAÇÃO:</b> - Portátil com bateria recarregável - Com capacidade de armazenagem no mínimo 900 exames - Possuir tipos de estímulos e os níveis de intensidade entre 5 a 90 dBNA - Possuir software de timpanometria modulo multifrequencial - Possuir software BERA Diagnostico com Tone Burst - Possuir software Eoa Diagnostico DPOAE+TEOAE, FMDPOAE, DPHiRes, print, SWCOM - Possuir software ASSR - Possuir software para gerenciamento dos dados e dos pacientes - Possuir porta USB - 1 Notebook que atenda às necessidades mínimas para o funcionamento dos softwares do equipamento  Acessórios: - 1 Cabo para conexão eletrodo - 1 Fone de inserção - 1 Vibrador osséo - 1 Estojo com olivas de teste de diversos tamanhos - 1 Fone Monoaural DD45 - 1 Sonda timpanometria e DPOAE/ TEOAE para neonatal - 1 Sonda DPOAE/ TEOAE para neonatal - 1 Maleta de transporte - 1 Fonte de tensão bivolt - 5 Pasta condutiva - 5 Gel abrasivo condutor - 6 Eletrodos reutilizáveis ESPECIFICAR: SIM				

<b>DESCRIÇÃO DO BEM/SERVIÇO:</b> 000025-Emissões Otoacústicas				
<b>NATUREZA DA AQUISIÇÃO:</b> Recursos do Convênio			<b>NATUREZA DA DESPESA:</b> 449052	
<b>ENDEREÇO DE LOCALIZAÇÃO:</b> AVENIDA REBOUCAS, 381				
<b>CEP:</b> 05401-000	<b>UF:</b> SP	<b>MUNICÍPIO:</b> 7107 - SAO PAULO		
<b>UNIDADE:</b> UN	<b>QUANTIDADE:</b> 1,00	<b>V. UNITÁRIO:</b> R\$ 32.502,00	<b>V.TOTAL:</b>	R\$ 32.502,00
<b>OBSERVAÇÃO:</b> - Equipamento portátil com bateria recarregável - Para diagnóstico - Possuir índice de passa/falha - Possuir protocolos pré configurados, porém programável caso necessário. - Possuir indicação gráfica. - Com capacidade de armazenagem no mínimo 900 exames - Possuir tipos de estímulos e os níveis de intensidade entre 20 a 65 dBHL - Possuir software Eoa Diagnóstico DPOAE+TEOAE, FMDPOAE, DPHiRes, print, SWCOM - Possuir software para gerenciamento dos dados e dos pacientes - Possuir porta USB - 1 Notebook que atenda às necessidades mínimas para o funcionamento dos softwares do equipamento  Acessórios: - 1 Estojo com olivas de teste de diversos tamanhos - 1 Sonda DPOAE/ TEOAE para neonatal - 1 Maleta de transporte - 1 Fonte de tensão bivolt ESPECIFICAR: SIM				

### 9 - PLANO DE APLICAÇÃO CONSOLIDADO

NATUREZA DA DESPESA				
Código	Total	Recursos	Contrapartida Bens e Serviços	Rendimento de Aplicação
449052	R\$ 159.970,00	R\$ 159.970,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

<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>
<b>TOTAL GERAL:</b>	<b>R\$ 159.970,00</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