

|                            |                                                                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b> | <b>PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE</b><br><b>Nº. DA PROPOSTA: 12116.247000/1210-90</b> |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                      |                                                                     |                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE</b>                               |                                                                     |                                        |  |
| <b>CNPJ</b><br>12.116.247/0001-57                                    | <b>NOME DO FUNDO DE SAÚDE</b><br>FUNDO DE SAUDE DO DISTRITO FEDERAL |                                        |  |
| <b>Endereço Completo</b><br>SRTVN QUADRA 701 CONJUNTO D<br>ASA NORTE | <b>EA</b><br>ESTADUAL                                               | <b>Tipo</b><br>FUNDO ESTADUAL DE SAUDE |  |
| <b>CEP</b><br>70.719-040                                             | <b>UF</b><br>DF                                                     | <b>Município</b><br>BRASILIA           |  |

|                                    |
|------------------------------------|
| <b>TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA</b> |
| Recurso de Programa/Ação           |

|                                            |                                                  |              |         |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|---------|
| <b>DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)</b> |                                                  |              |         |
| <b>Nome:</b>                               | HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR HCB |              |         |
| <b>Tipo Unidade:</b>                       | HOSPITAL ESPECIALIZADO                           |              |         |
| <b>CNPJ:</b>                               | - . ./-                                          | <b>CNES:</b> | 6876617 |
| <b>Endereço:</b>                           | SHCN LT AREA ESPECIAL - ASA NORTE, CEP:70684831  |              |         |

|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETO DA PROPOSTA</b>                                                          |
| AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                  |              |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|---------|
| <b>JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                  |              |         |
| <b>UNIDADE ASSISTIDA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR HCB | <b>CNES:</b> | 6876617 |
| <b>INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                  |              |         |
| PÓLO REGIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                  |              |         |
| <b>INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                  |              |         |
| ATENDIMENTO A PT ESPECIFICA DE MS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |              |         |
| <b>INFORME A CAPACIDADE INSTALADA NO MUNICÍPIO, DISPONIBILIZADA PARA O SUS, REFERENTE AO ITEM SOLICITADO, CONSIDERANDO OS PARÂMETROS RECOMENDADOS NA PT GM/MS 1101, 12 DE JUNHO DE 2002, INCLUÍDO INFORMAÇÃO SOBRE OS MUNICÍPIOS ADSCRITOS.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                  |              |         |
| <p>HCB É UMA UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA (UNACON) E EM NEUROCIRURGIA. O SEU ESCOPO DE ATENDIMENTO É CONSTITUÍDO PELA DIVERSAS SUB ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS, COMO A ONCOLOGIA, HEMATOLOGIA, CIRURGIA ONCOLÓGICA, GASTROENTEROLOGIA, PNEUMOLOGIA, REUMATOLOGIA E NEFROLOGIA, ENTRE OUTRAS, CONTANDO COM 08 SALAS DE CENTRO CIRÚRGICO E 38 LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA. PARA O ATENDIMENTO QUALIFICADO DESSE PERFIL DE PACIENTE, OS MÉTODOS DE MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA SÃO ESSENCIAIS PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES EM ESTADO CRÍTICO. COM OPÇÕES INVASIVAS E NÃO INVASIVAS AUXILIANDO O DIAGNÓSTICO DE CONDIÇÕES CARDÍACAS E/OU RESPIRATÓRIAS INDESEJÁVEIS. A MONITORIZAÇÃO FORNECE INFORMAÇÕES SOBRE MACROCIRCULAÇÃO E MICROCIRCULAÇÃO QUE NÃO PODEM SER MEDIDAS ATRAVÉS DE EXAMES CLÍNICOS. OS DADOS HEMODINÂMICOS AUXILIAM NA DETECÇÃO DE ALTERAÇÕES IMPORTANTES COMO HIPOVOLEMIA, DISFUNÇÃO CARDÍACA E CHOQUES DISTRIBUTIVO (SEPSIS) OU OBSTRUTIVO (EMBOLIA PULMONAR). DENTRE AS TECNOLOGIAS DISPONÍVEIS PARA DIAGNOSTICAR, MONITORIZAR, PROGNOSTICAR OU TRATAR UMA DETERMINADA DOENÇA OU CONDIÇÃO CRÍTICA, TEM PAPEL DECISIVO A ADEQUADA MONITORIZAÇÃO DO PACIENTE E A DISPONIBILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO CLÍNICA E DEMOGRÁFICA DE FORMA INTEGRADA PARA O CORPO CLÍNICO. A AUTOMATIZAÇÃO DOS REGISTROS DOS PARÂMETROS FISIOLÓGICOS DE MONITORIZAÇÃO, DA TERAPIA VENTILATÓRIA E DE OUTROS EQUIPAMENTOS, E SUA INTEGRAÇÃO AO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE, É UMA TENDÊNCIA IRREFUTÁVEL DO CUIDADO COM O PACIENTE. A EVOLUÇÃO DESTES SISTEMAS DE MONITORAMENTO E SUA INTEGRAÇÃO TRÁS MAIOR SEGURANÇA AO PACIENTE E EQUIPE, BEM COMO MAIOR EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE NA ASSISTÊNCIA, AUMENTANDO A DISPONIBILIDADE DA EQUIPE PARA O EFETIVO CUIDADO DO PACIENTE, E AGILIDADE E PRECISÃO NA TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA E GERENCIAL. COM ESTE INTUITO DE MELHORIA O HCB ESTÁ PROPONDO ESTA AÇÃO DE QUALIFICAÇÃO DE UMA PARTE DO SISTEMA DE MONITORAMENTO DE PACIENTES COM A POSTERIOR DESTINAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS ATUAIS PARA A REDE PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL, PARA SEREM APROVEITADOS EM APLICAÇÕES QUE NÃO REQUEIRAM ELEVADO NÍVEL DE RECURSOS TECNOLÓGICOS. EM 2018 O HCB INAUGUROU SEU BLOCO HOSPITALAR, QUE FOI CONSTRUÍDO E EQUIPADO POR MEIO DE PARCERIA ENTRE A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES-DF) E A WORLD FAMILY ORGANIZATION (WFO). TODAVIA OBSERVA-SE IMPORTANTE OPORTUNIDADE DE QUALIFICAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO ATÉ ENTÃO EM USO CONSIDERANDO QUE ESTES NÃO POSSUEM A SENSIBILIDADE REQUERIDA PELO PÚBLICO PEDIÁTRICO, EM ESPECIAL AQUELES MENORES DE 1 ANO ACOMETIDOS POR CONDIÇÕES CRÍTICAS DE SAÚDE. DESTA FORMA ENTENDE-SE QUE O INVESTIMENTO PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA BEIRA-LEITO PODERÁ CONTRIBUIR PARA O APRIMORAMENTO DA QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO HEMODINÂMICO DOS PACIENTES CRÍTICOS, AUXILIANDO DE DETECÇÃO PRECOCE DE ALTERAÇÕES E INSTRUMENTALIZANDO A TOMADA DE DECISÃO MÉDICA.</p> |                                                  |              |         |
| <b>INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |              |         |
| 230310                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |              |         |
| <b>INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |              |         |
| 230310                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |              |         |
| <b>EXISTEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO E EMISSÃO DE LAUDO?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                  |              |         |

|                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EM CONDIÇÕES DE RECEBER O EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE                                                       |
| <b>INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA.</b> |
| SIM                                                                                                                  |

| EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE                                    |                                                                                                    |                      |                   |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|
| UNIDADE ASSISTIDA: HOSPITAL DA CRIANCA DE BRASILIA JOSE ALENCAR HCB |                                                                                                    |                      |                   |
| Ambiente: Área Coletiva de Tratamento                               |                                                                                                    |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                                 | Qtd.                                                                                               | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Monitor Multiparâmetros para UTI                                    | 14                                                                                                 | 44.409,00            | 621.726,00        |
| Característica Física                                               | Especificação                                                                                      |                      |                   |
| PARÂMETROS BÁSICOS                                                  | ECG/RESP/SPO2/PNI/TEMP                                                                             |                      |                   |
| SUORTE P/ MONITOR                                                   | POSSUI                                                                                             |                      |                   |
| PRESSÃO INVASIVA (PI)                                               | POSSUI                                                                                             |                      |                   |
| CAPNOGRAFIA / AGENTES ANESTÉSICOS/ÍNDICE DE SEDAÇÃO ANESTÉSICA      | MÉT. ASPIR. DE BAIXO FLUXO:ATÉ 50ML/MIN / SEM AGENTES ANESTÉSICOS/SEM ÍNDICE DE SEDAÇÃO ANESTÉSICA |                      |                   |
| DÉBITO CARDÍACO                                                     | POSSUI                                                                                             |                      |                   |
| TIPO/TAMANHO                                                        | ESTRUTURA MISTA OU MODULAR/DE 14" A 20"                                                            |                      |                   |
| Especificação Técnica                                               |                                                                                                    |                      |                   |
|                                                                     |                                                                                                    |                      |                   |
| Total                                                               | Qtd. Total                                                                                         | Valor Total (R\$)    |                   |
|                                                                     | 14                                                                                                 | 621.726,00           |                   |

|                                                               |                          |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS</b> |                          |
| <b>QTD. TOTAL</b>                                             | <b>VALOR TOTAL (R\$)</b> |
| <b>14</b>                                                     | <b>621.726,00</b>        |

|                                                                                               |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>DADOS BANCÁRIOS</b>                                                                        |                      |
| <b>CÓDIGO</b>                                                                                 | <b>BANCO</b>         |
| 001                                                                                           | BANCO DO BRASIL S.A. |
| <b>AGÊNCIA</b>                                                                                | <b>NOME</b>          |
| 042005                                                                                        | S.PUBLICO BRASILIA   |
| <b>ENDEREÇO</b>                                                                               |                      |
| SCN,QD.2,BLOCO A,SALA 602, ED.CORPORATE FINANCIAL CENTER SETOR COMERCIAL NORTE CEP:70.712-900 |                      |