

## **MODELO PARA ADESÃO AO**

# **“PROGRAMA DE APOIO AOS HOSPITAIS INTEGRANTES DO SUS - PAHI”**

### **COMPONENTE:**

**APOIO FINANCEIRO PARA CONSTRUIR E/OU REFORMAR E/OU EQUIPAR E/OU MOBILIAR AS UNIDADES HOSPITALARES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.**

### **ITENS:**

**C. AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO HOSPITALARES,**

**D. AQUISIÇÃO DE MOBILIÁRIOS**



## ESTUDO DE VIABILIDADE

**MUNICÍPIO:**

**TÍTULO DA UNIDADE/OBJETO:**

**ENDEREÇO:**

**CNES:**

MODELO EQUIP

## 1 SOLICITAÇÃO:

O Município solicita a SES/RJ apoio financeiro para:

C: EQUIPAMENTOS MÉDICO HOSPITALARES:

(  ) Aquisição de Equipamentos Médico Hospitalares

D: MOBILIÁRIO:

(  ) Aquisição de Mobiliário

## 2 IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:

2.1 NOME DA UNIDADE HOSPITALAR:

2.2 ENDEREÇO:

2.3 CNES:

2.4 ABRANGÊNCIA:

(  ) Municipal

(  ) Regional

2.5 PERFIL:

(Pequena descrição sobre o tipo de hospital, se geral, se tem especialidades, se é especializado, se é somente maternidade, etc / se tem internação sem ou com terapia intensiva, centro cirúrgico, centro obstétrico, ambulatório, etc / se tem algum serviço diferenciado / se atende demanda espontânea ou se somente referenciada).

## 3 JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DO INVESTIMENTO/OBJETO:

3.1 OBJETIVO:

- Indicar o objetivo a ser atendido pelo investimento solicitado

### 3.2 JUSTIFICATIVA:

- Justificativa assistencial para a proposição de aquisição dos equipamentos/mobiliários;
- No caso de substituição de equipamento, incluir pequeno relatório fotográfico com a identificação do equipamento/mobiliário a ser substituído;
- No caso de solicitação de aquisição de novo equipamento médico hospitalar de médio e/ou grande porte, incluir pequeno relatório fotográfico do ambiente onde o equipamento será instalado;
- Outras informações relevantes que justifiquem a necessidade da aquisição.

## 4 PROJETO ASSISTENCIAL:

O Projeto Assistencial deverá ser apresentado no **ANEXO I**.

## 5 MEMORIAL DESCRITIVO DOS EQUIPAMENTOS / MOBILIÁRIOS A SEREM ADQUIRIDOS:

- Descrição do equipamento/mobiliário;
- Área/ambiente onde será utilizado;
- Estudo de layout de arquitetura com o posicionamento do equipamento/mobiliário a ser adquirido;
- Especificações técnicas do equipamento/mobiliário;
- Declaração de viabilidade técnica de instalação, conforme **ANEXO II**:

## 6 ESTIMATIVA DE QUANTIDADES E PESQUISA DE PREÇOS:

### 6.1 ESTIMATIVA DE QUANTIDADES

- Estimativa das quantidades a serem adquiridas, acompanhada de memórias de cálculo e/ou de outros documentos que demonstrem a formação do quantitativo da demanda;

## 6.2 PESQUISA DE PREÇOS

A pesquisa de preços deverá ser realizada mediante consulta às fontes diversificadas de pesquisa que sejam capazes de representar a realidade do mercado público.

- Obtenção de, ao menos, 3 (três) preços de referência.
- A pesquisa pode ser realizada da seguinte forma:
  - Sistema Integrado de Gestão de Aquisições do Estado do Rio de Janeiro – SIGA;
  - Portais de Compras de Governo;
  - Avaliação de contratos vigentes ou recentes similares;
  - Preços registrados em atas de Sistema de Registro de Preços;
  - Bancos de preços, pesquisa publicada em mídias ou em sítios eletrônicos especializados ou de domínio amplo, desde que contenha a data de acesso ou de referência;
  - Pesquisa de preço direto com o fornecedor, por correio eletrônico, ou qualquer outro meio idôneo;
  - Cotações por meio de anúncios de jornal, encartes, consultas à internet ou quaisquer outros veículos de divulgação; com a indicação da data de referência ou de acesso.
- Quando se tratar de mercado restrito, deverá ser devidamente justificado;
- Deverão ser apresentadas, em anexo, o espelho das pesquisas e propostas coletadas.

Município, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Responsável pela elaboração da documentação

\_\_\_\_\_  
Assinatura titular da pasta Secretário de Saúde do Município

## 7 ANEXOS

- **ANEXO I:** Programa Assistencial
- **ANEXO II:** Declaração de Viabilidade de Instalação
- **ANEXO III:** Espelho das pesquisas e propostas coletadas

Podem ser incluídos como anexos (itens não obrigatórios)

- Relatórios fotográficos da unidade hospitalar;
- Espelho das especificações técnicas do equipamento/mobiliário;
- Etc...

MODELO EQUIP

## ANEXO I

### PROJETO ASSISTENCIAL DO HOSPITAL (nome do hospital)

#### MUNICÍPIO:

Endereço:

CNES:

#### 1 – Apoio Financeiro da SES/RJ para:

- Construção de novo hospital
- Construção para substituição do hospital existente
- Construção para ampliação do hospitalar existente
- Reforma para adequação das condições sanitárias
- Reforma para reorganização dos serviços
- Reforma para melhorar a ambiência hospitalar
- Aquisição de Equipamento
- Aquisição de Mobiliário

#### 2 - OBJETIVO:

(pequeno texto)

#### 3 - JUSTIFICATIVA:

(pequeno texto)

#### 4 - ABRANGÊNCIA

Municipal     Regional

#### 5 – PERFIL:

(Pequena descrição sobre o tipo de hospital, se geral, se tem especialidades, se é especializado, se é somente maternidade, etc / se tem internação sem ou com terapia intensiva, centro cirúrgico, centro obstétrico, ambulatório, etc / se tem algum serviço diferenciado / se atende demanda espontânea ou se somente referenciada)

## 6 - INSTALAÇÕES

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
<b>INTERNAÇÃO</b>	
LEITOS DE ENFERMARIA - TOTAL	
Clínica Médica	
Pediatria	
Obstetrícia - AC	
Clínica Cirúrgica	
Especialidades (incluir se houver)	
LEITOS COMPLEMENTARES – TOTAL	
UI Adulto	
UI Pediátrico	
UCINCa Neonatal	
UCINCo Neonatal	
UTI Adulo	
UTI Pediátrico	
UTI Neonatal	
<b>CENTRO CIRÚRGICO</b>	
SALAS DE CIRURGIA	
SALAS DE CIRURGIA OBSTÉTRICA	
SALAS DE RPA	
SALAS DE PARTO	
SALAS DE PPP	
<b>EMERGÊNCIA</b>	
MACAS DA SALA DE ESTABILIZAÇÃO (quando se aplicar)	
MACAS DA SALA VERMELHA	
MACAS DA SALA AMARELA - FEMININA	
MACAS DA SALA AMARELA - MASCULINA	
MACAS DA SALA VERDE – FEMININA	
MACAS DA SALA VERDE - MASCULINA	
MACAS DA SALA DE OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA	
SALAS DE MEDICAÇÃO + S. CURATIVO + S. GESSO	
<b>AMBULATÓRIO</b>	
CONSULTÓRIO MÉDICO (discriminar as especialidades)	
CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM	
CONSULTÓRIO DE PSICOLOGIA	
CONSULTÓRIO DE SERVIÇO SOCIAL	
SALA DE FISIOTERAPIA	
SALA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SALA DE MEDICAÇÃO	
SALA DE CURATIVO	
SALA DE GESSO	
DEMAIS SALAS (citar)	



## 7 - SERVIÇOS DE APOIO

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA CLÍNICA	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
SERVIÇO DE IMAGEM	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
DEMAIS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS (citar)	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
FARMÁCIA	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
DEMAIS SERVIÇOS TERAPÊUTICOS (citar)	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
BANCO DE LEITE	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
LACTÁRIO	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
LAVANDERIA	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
S.A.M.E. OU S.P.P. (Serviço de Pronto-socorro do Paciente)	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
AMBULÂNCIA	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA
NECROTÉRIO	( ) PRÓPRIO	( ) TERCEIRIZADO	( ) NÃO SE APLICA

## 9 - PRODUÇÃO (NO CASO DE AMPLIAÇÃO DE SERVIÇO E CONSTRUÇÃO ESTIMAR A PRODUÇÃO):

- Nº DE INTERNAÇÕES/ANO:
- Nº DE CIRURGIAS/ANO
- Nº DE PARTOS/ANO
- Nº DE CONSULTAS/ANO
- Nº DE ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA/ANO

Data:

---

**Secretário Municipal de Saúde**

## ANEXO II

# DECLARAÇÃO DA VIABILIDADE TÉCNICA DE INSTALAÇÃO

Declaro, para fins de Adesão ao Programa de Apoio aos Hospitais Integrantes do SUS – PAHI, que os ambientes atendem aos requisitos de infraestrutura elétrica, ventilação, climatização, exaustão, área de manutenção, instalações especiais, entre outros, para recebimento e instalação dos equipamentos/mobiliários da demanda apresentada.

Município, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2021.

---

Responsável técnico pela elaboração da documentação

---

Assinatura titular da pasta Secretário de Saúde do Município

## ANEXO III

# DECLARAÇÃO DA VIABILIDADE DA AQUISIÇÃO

O presente estudo levantou os elementos essenciais que irão compor o Termo de Referência e demonstrou ser viável o investimento/projeto apresentado, cabendo ressaltar que os custos previstos são compatíveis e se caracterizam pela economicidade, demonstrado assim a viabilidade da contratação pretendida e o atendimento ao Interesse Público que é o cerne finalístico da propositura da demanda.

Município, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Responsável pela elaboração da documentação

---

Assinatura titular da pasta Secretário de Saúde do Município