

# PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO - CONVÊNIOS

NÚMERO DE REGISTRO NO SIGCON-SAÍDA: 004395/2019

DATA DO REGISTRO: 23/10/2019

## TÍTULO

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS INDISPENSÁVEIS À ASSISTÊNCIA DOS PACIENTES SUS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

## I - IDENTIFICAÇÃO DO CONCEDENTE

Razão Social: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## II - IDENTIFICAÇÃO DO CONVENENTE

### DADOS DO CONVÊNIO

Razão social: UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

CNPJ: [REDACTED]

Endereço: Av. JOÃO ALVES DE ÁVILA, 2121

Bairro: SANTA MÔNICA

Cidade: UBERLANDIA

UF: MG CEP: 38.400-902

Telefone/ FAX: (34) 3239-4854

E-mail institucional: reitoria@ufu.br

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Valder Steffen Júnior

CPF: [REDACTED]

CI/Órgao Exp.: [REDACTED] Cargo: Reitor

Data de Vencimento do Mandato: 21/12/2020

Endereço residencial: [REDACTED]

Bairro: [REDACTED]

Cidade: UBERLANDIA

UF: MG CEP: [REDACTED]

Telefone pessoal: (34) 3239-4893

E-mail pessoal: dipoc@reito.ufu.br

## III - IDENTIFICAÇÃO DO INTERVENIENTE

### DADOS DO INTERVENIENTE

Razão social: HOSPITAL DA CLINICAS DA UFU

CNPJ: [REDACTED]

Endereço: Av. Pará, 1720

Bairro: Umuarama

Cidade: UBERLANDIA

UF: MG CEP: 38.405-320

Telefone/ FAX: (034) 3218-2742

E-mail institucional: direcao@hc.ufu.br

Nome completo: Aglai Arantes

CPF: [REDACTED]

CI/Órgao expedidor: [REDACTED]

Cargo: Superintendente

Endereço residencial: [REDACTED]

Bairro: [REDACTED]

Cidade: UBERLANDIA

UF: MG CEP: [REDACTED]

Telefone pessoal: (34) 3218-2706

E-mail pessoal: direcao@hc.ufu.br

# PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO - CONVÊNIOS

NÚMERO DE REGISTRO NO SIGCON-SAÍDA: 004395/2019

DATA DO REGISTRO: 23/10/2019

## IV - CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA

**1 - Repasse de Natureza** NÃO

**1.1 - Natureza Especial:** -

**1.2 - Fundamentação legal para a natureza especial do** -

**2 - Origem dos recursos:** Concedente/Órgão ou Entidade Estadual Parceiro

**2.2 - Contrapartida:**

Tipo Contrapartida	Valor
--------------------	-------

### 3 - TIPO DE ATENDIMENTO

### 4 - VALOR

Gênero	Categoria	Especificação	Concedente	Emenda	Interveniente	Contrapartida
AQUISIÇÃO DE BENS	Consumo	Medicamentos	R\$ 300.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

## 5 - Descrição e especificação completa do objeto a ser executado:

ADQUIRIR MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS AO REABASTECIMENTO PARA CONTINUIDADE DA PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES DO SUS

**5.1 - Endereço da obra ou local do evento, de prestação do serviço, ou de entrega, ou instalação do bem (dependendo do objeto):**

Rua/Avenida/ Rodovia/Beco/Travessa:	Número/KM:	Bairro/Distrito:	CEP	Município:	Referência:
AVENIDA PARA	1720	UMUARAMA	38.405-320	UBERLÂNDIA	HOSPITAL DE CLÍNICAS

## 6 - Justificativa FUNDAMENTADA, objetivos e finalidade do convênio de saída/partneria:

O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (HCU-UFG) POSSUI 520 LEITOS E MAIS DE 50 MIL METROS QUADRADOS DE ÁREA CONSTRUÍDA. MAIOR PRESTADOR DE SERVIÇOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), EM MINAS GERAIS, E TERCEIRO NO RANKING DOS MAiores HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DA REDE DE ENSINO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC). É REFERÊNCIA EM MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE PARA 86 MUNICÍPIOS DA MACRO E MICRO REGIÕES DO TRIÂNGULO NORTE. AO FAZER PARTE DA REDE DE ATENDIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO PRESTADOR DE SERVIÇO PARA A GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE RESPONSABILIZA-SE POR ATENDIMENTOS NAS ESPECIALIDADES MÉDICA, CIRURGIA, GINECOLOGIA E PEDIATRIA. O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA CONTA COM A EQUIPE EXPERIENTE E FORMA NOVOS PROFISSIONAIS ATRAVÉS DA RESIDÊNCIA MÉDICA PARA ATENDER CONFORME AS REGRAS E PROTOCOLOS DO SUS. O ATENDIMENTO É GARANTIDO, ALÉM DA FORÇA DE TRABALHO ESPECIALIZADA, TAMBÉM PELA REPOSIÇÃO DOS ESTOQUES DE MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR NECESSÁRIOS À CONTINUIDADE DOS ACOMPANHAMENTOS E TRATAMENTOS DOS PACIENTES RECEBIDOS POR ESTA INSTITUIÇÃO.

## 7 - Pessoas beneficiadas diretamente

**7.1 - Descrição:** Pacientes

**7.2 - Quantidade:** 2331070

8 - Proposta de vigência (dias corridos):	9 - Data prevista para início:	10 - Data prevista para Termino:
365		

## 11 - Conta específica

**11.1 - Banco:** 1

**11.2 - Agência bancária:** 0-0

**11.3 - Conta bancária:** 000-0

**11.4 - Praça bancária:** UBERLÂNDIA

# PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO - CONVÊNIOS

NÚMERO DE REGISTRO NO SIGCON-SAÍDA: 004395/2019

DATA DO REGISTRO: 23/10/2019

**11.5 - Justificativa de escolha de praça bancária diferente do município sede DO CONVENENTE (se for o caso):**

## 10 - Equipe de contato do Convenente:

**FUNÇÃO:** RESPONSÁVEL PELA DOCUMENTAÇÃO DE CELEBRAÇÃO DOS TERMOS ADITIVOS

10.1 - NOME	10.2 - REGISTRO PROFISSIONAL	10.3 - TELEFONE	10.4 - E-MAIL
ANA LORENA LOBO OLIVEIRA	2958977	(34) 3218-2742	geproj@hc.ufu.br

**FUNÇÃO:** RESPONSÁVEL PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS

10.1 - NOME	10.2 - REGISTRO PROFISSIONAL	10.3 - TELEFONE	10.4 - E-MAIL
ANA LORENA LOBO OLIVEIRA	2958977	(34) 3218-2742	geproj@hc.ufu.br

**FUNÇÃO:** RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO

10.1 - NOME	10.2 - REGISTRO PROFISSIONAL	10.3 - TELEFONE	10.4 - E-MAIL
ANA LORENA LOBO OLIVEIRA	2958977	(34) 3218-2742	geproj@hc.ufu.br

## 13 - Obrigações do interveniente (se houver):

ACOMPANHAR, MONITORAR, VIABILIZAR IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

## V - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

### 1 ESPECIFICAÇÃO DA META: AQUISIÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

#### 1.1 AQUISIÇÃO DE BENS - Consumo - Medicamentos

ETAPA(S)	Duração (Dias Corridos)
1.1.1 - AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS	365

## VI - PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS

### 1 - DEMONSTRATIVO DE RECURSO

ITEM	DESCRÍÇÃO	TIPO DESPESA	UNID. DE MEDIDA	QUANT.	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	ETAPAS VINCULADAS
1	LEUPRORRELINA ACETATO 22,5 MG SERINGA VIA SUBCUTANEA	Material	un	283	R\$ 666,67	R\$ 188.667,61	1.1.1
2	ACIDO TRANEXAMICO 250 MG 5 ML AMPOLA	Material	un	6061	R\$ 2,99	R\$ 18.122,39	1.1.1
3	AMPICILINA SODICA 2,0 G + SULBACTAN SODICO 1,0 G .PÓ LIÓFILO	Material	un	3000	R\$ 11,15	R\$ 33.450,00	1.1.1
4	FILGRASTIM 300 MCG /ML. SOLUÇÃO INJETAVEL 1 ML	Material	un	1500	R\$ 39,84	R\$ 59.760,00	1.1.1
<b>TOTAL:</b>						<b>R\$ 300.000,00</b>	

# PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO - CONVÊNIOS

NÚMERO DE REGISTRO NO SIGCON-SAÍDA: 004395/2019

DATA DO REGISTRO: 23/10/2019

## 2 - VALOR TOTAL DA PROPOSTA/CONTRAPARTIDA

ESPECIFICAÇÃO	VALOR	% CONVÊNIO	% LDO
<b>Concedente/Órgão ou Entidade Estadual Parceiro</b>	R\$ 300.000,00	100,00	-
Parlamentar	R\$ 0,00	0,00	-
Interveniente	R\$ 0,00	0,00	-
Contrapartida	R\$ 0,00	0,00	0,00
<b>Outras fontes</b>	R\$ 0,00	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 300.000,00</b>	<b>100,0%</b>	<b>0%</b>

## VII - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DOS RECURSOS

**CONCEDENTE:** SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Ano	Mês	Valor
2019	Novembro	R\$ 300.000,00

Nestes termos, venho submeter à apreciação de V.Sa. a presente Proposta de Plano de Trabalho, visando ao repasse de recursos por meio de Convênio de Saída/Parceria.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal do Convenente

\_\_\_\_\_  
Local

/ /  
\_\_\_\_\_  
Data

Nome Legível do Representante Legal do  
Convenente e Nº do Documento de  
Identificação ou Carimbo