

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE Nº. PROPOSTA:  
11432.480000/1170-01

### IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

<b>CNPJ</b> 11.432.480/0001-86	<b>Nome do Fundo de Saúde</b> FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
<b>Endereço Completo</b> MONTANO NUNES CENTRO	<b>Esfera Administrativa</b> MUNICIPAL	<b>Tipo</b> FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
<b>CEP</b> 77770-000	<b>UF</b> TO	<b>Município</b> GOIATINS

#### Parecer

**Tipo: PARECER TECNICO**

**Situação: DILIGENCIA**

**Data: 26/04/2017**

## Parecer

### PARECER DE MÉRITO

Para emissão de parecer conclusivo, solicita-se adequação da proposta nos itens abaixo identificados:

( x ) Incluir na justificativa demonstrativo de necessidade do transporte com justificativa de implantação ou qualificação do serviço para pacientes com necessidade de transporte em decúbito horizontal sem risco.

( x ) Incluir na justificativa Público alvo = informar qual o público, relacionado ao transporte em decúbito horizontal sem risco, que o serviço abrangerá;

( x ) Incluir na justificativa Programação do transporte = informar metodologia de cálculo para dimensionar a necessidade de transporte em Ambulância tipo A que determine a programação diária e mensal do transporte. ( estimativa de atendimentos e número de veículos necessários para atendimento da demanda)

( x ) Informar a pactuação regional que estabelece as referências para atenção hospitalar e especializada,

( x ) anexar documento comprobatório da CIB ou PPI, estabelecendo a regulação de referência e contra referência.

( x ) Informar ainda a distância mais longa, em km, entre o município e a referência mais distante.

( x ) Informar percentual de cobertura da Atenção Básica

( x ) Descrever a capacidade instalada e demonstrar a organização da Rede de Atenção à Saúde na região, descrever pactuações do Plano de Ação Regional - PAR, se for o caso, ou PPI (base Portaria GM/MS n. 4279/2010).

(x) No caso de substituição, deverá ser apresentada CRLV do veículo com caracterização de ambulância em nome do município. Para os casos de terceirização CRLV do veículo, com caracterização de ambulância, em nome da empresa, necessária a apresentação do contrato de locação ou prestação de serviços.

( x ) A unidade beneficiária da proposta deverá ser a secretaria de saúde - municipal ou estadual - Não vincular a nenhum estabelecimento assistencial

( ) Anexar Termo de Compromisso assinado pelo Gestor Local assegurando o custeio e a manutenção do pleno funcionamento do veículo para os objetivos propostos - apresentar documento conforme modelo disponibilizado neste parecer

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGENCIA

COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR

DÚVIDAS 61. 3315-6173

ADRIANA DINIZ DE SA CARVALHO

**Tipo: PARECER TECNICO**

**Situação: DILIGENCIA**

**Data: 17/04/2017**

PARECER DE MÉRITO

Para emissão de parecer conclusivo, solicita-se adequação da proposta nos itens abaixo identificados:

( x ) Incluir na justificativa demonstrativo de necessidade do transporte, público alvo, e programação do transporte ( estimativa de atendimentos e número de veículos necessários para atendimento da demanda)

( x ) Informar a pactuação regional que estabelece as referências para atenção hospitalar e especializada, anexar documento comprobatório da CIB ou PPI, estabelecendo a regulação de referência e contra referência. Informar ainda a distância mais longa, em km, entre o município e a referência mais distante.

( x ) Informar percentual de cobertura da Atenção Básica

( x ) Descrever a capacidade instalada e demonstrar a organização da Rede de Atenção à Saúde na região, descrever pactuações do Plano de Ação Regional - PAR, se for o caso, ou PPI (base Portaria GM/MS n. 4279/2010).

No caso de substituição, deverá ser apresentada CRLV do veículo com caracterização de ambulância em nome do município. Para os casos de terceirização CRLV do veículo, com caracterização de ambulância, em nome da empresa, necessária a apresentação do contrato de locação ou prestação de serviços.

( x ) A unidade beneficiária da proposta deverá ser a secretaria de saúde - municipal ou estadual - Não vincular a nenhum estabelecimento assistencial

( x ) Anexar Termo de Compromisso assinado pelo Gestor Local assegurando o custeio e a manutenção do pleno funcionamento do veículo para os objetivos propostos - apresentar documento conforme modelo disponibilizado neste parecer

#### MODELO

EM PAPEL TIMBRADO DO (ESTADO/MUNICÍPIO/DISTRITO FEDERAL), ASSINADO PELO GESTOR.

#### TERMO DE COMPROMISSO

Conforme exigência do artigo 29, inciso IV, da Portaria GM/MS nº. 788, de 15 de março de 2017 (\*), o proponente (Estado, Município ou Distrito Federal) assume, junto ao Ministério da Saúde, o compromisso de custeio e manutenção da(s) Ambulância(s) TIPO A adquirida(s), nos termos estabelecidos no artigo 30 da mesma portaria, referente ao pleno funcionamento do veículo para os objetivos propostos.

Firmo o presente.

Cidade - UF, (dia) de (mês) de (ano).

(Assinatura do Gestor)

Nome do gestor

Cargo do Gestor

OBS1: Deve ser assinado pelo gestor e digitalizado para ser enviado ao MS.

Ajustar a diligencia o mais rápido possível considerando-se os prazos vigentes para a execução de propostas de emenda.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGENCIA

COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR

DÚVIDAS 61. 3315-6173

ADRIANA DINIZ DE SA CARVALHO