



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO  
- SECRETARIA GERAL -

**RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 298/2017, de 24 de agosto de 2017.**

*Dispõe sobre a Proposta de Projeto N°. 11295.419000/1170-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade Básica de Saúde José Coelho dos Santos no município de Guaraí – TO, referente à Emenda Parlamentar N°. 29310001.*

**O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas no Art. 2º da Portaria N°. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Proposta de Projeto N°. 11295.419000/1170-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade Básica de Saúde José Coelho dos Santos no município de Guaraí – TO, referente à Emenda Parlamentar N°. 29310001;

Considerando o cadastro da proposta feito pelo Fundo Municipal de Saúde do município de Guaraí– TO;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 24 dias do mês de agosto do ano de 2017.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Homologar a Proposta de Projeto N°. 11295.419000/1170-05 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Unidade Básica de Saúde José Coelho dos Santos no município de Guaraí – TO, referente à Emenda Parlamentar N°. 29310001, no valor de R\$200.000,00 (duzentos mil reais).

**Art. 2º** - Esta Resolução entra em vigor nesta data.

**MARCOS E. MUSAFIR**  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite





PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARAI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
GUARAI: EXCELÊNCIA PARA O CIDADÃO

Guaraí

OF / SEMUS /GAB Nº 304 / 2017

Guaraí – TO, 11 de agosto de 2017.

Ilmo. Sr.

**MARCOS ESNER MUSAFIR**

Presidente CIB

PALMAS - TO

Assunto: Inclusão de Pauta na CIB.

Senhor Presidente,

Solicitamos a inclusão de pauta na reunião da CIB:

- Proposta de Projeto nº 11295.419000/1170-05 para aquisição de equipamento e material permanente no Município de Guaraí no valor de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) referentes a Emenda Parlamentar nº 29310001. Parlamentar (Ataides Oliveira).

Atenciosamente,

  
Mariene de Fatima Sandri Oliveira  
Secretária Municipal de Saúde  
Portaria nº 1.165/2017  
SEMUSA - GUARAI-TO

RECEBEMOS  
#108117  
Em 11 : 40

  
Sec. Executiva da Comissão  
Intergestores Bipartite-TO

**MINISTÉRIO  
DA SAÚDE****PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE**  
Nº. DA PROPOSTA: 11295.419000/1170-05

|                                        |                          |                          |  |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE</b> |                          |                          |  |
| CNPJ                                   | NOME DO FUNDO DE SAÚDE   |                          |  |
| 11.295.419/0001-34                     | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |                          |  |
| Endereço Completo                      | EA                       | Tipo                     |  |
| BRASIL                                 | MUNICIPAL                | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |  |
| CENTRO                                 |                          |                          |  |
| CEP                                    | UF                       | Município                |  |
| 77700000                               | TO                       | GUARAI                   |  |

|                                              |
|----------------------------------------------|
| <b>TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA</b>           |
| Recurso de Emenda Parlamentar                |
| 29310001 - R\$ 200.000,00 - ATAÍDES OLIVEIRA |

|                                            |                                                       |       |         |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|---------|
| <b>DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)</b> |                                                       |       |         |
| Nome:                                      | UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSE COELHO DOS SANTOS GUARAI |       |         |
| Tipo Unidade:                              | CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA                        |       |         |
| CNPJ:                                      | 02.070.548/0001-33                                    | CNES: | 2687968 |
| Endereço:                                  | AVENIDA TOCANTINS - CENTRO, CEP: 77700000             |       |         |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>OBJETO DA PROPOSTA</b>                      |
| AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|
| <b>JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |  |  |
| UNIDADE ASSISTIDA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSE COELHO DOS SANTOS GUARAI |  |  |
| CNES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2687968                                               |  |  |
| <b>INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |  |  |
| AMPLIAÇÃO DO ACESSO POR DEMANDA REPRIMIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |  |  |
| <b>INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |  |  |
| PÓLO REGIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |  |  |
| <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>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |  |  |
| A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE GUARAI - TO PRESTA SERVIÇO ESSENCIAL À POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO, NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA, PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE. SUA FINALIDADE É ATENDER A POPULAÇÃO DE FORMA EQUITATIVA, IGUALITÁRIA E UNIVERSAL. OS EQUIPAMENTOS PLEITEADOS SERÃO DE FUNDAMENTAL IMPORTÂNCIA AO MUNICÍPIO DE GUARAI, BEM COMO PARA OS PACIENTES DAS CIDADES CIRCUNVIZINHAS. UMA VEZ QUE COM MELHORES EQUIPAMENTOS HÁ UMA CONSIDERÁVEL MELHORA NA QUALIDADE E QUANTIDADE DE ATENDIMENTO PARA OS MUNICÍPIOS. |                                                       |  |  |
| <b>INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |  |  |
| 25000, 50000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                       |  |  |
| <b>INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |  |  |
| EM CONDIÇÕES DE RECEBER O EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |  |  |
| <b>EXISTEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO E EMISSÃO DE LAUDO?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |  |  |
| SIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |  |  |
| <b>INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |  |  |
| SERVIÇO TERCEIRIZADO LOCAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |  |  |

|                                                                          |               |                      |                   |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|-------------------|
| <b>EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE</b>                                  |               |                      |                   |
| UNIDADE ASSISTIDA: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSE COELHO DOS SANTOS GUARAI |               |                      |                   |
| Ambiente: Consultório Odontológico                                       |               |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                                      | Qtd.          | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Equipo Cart Odontológico                                                 | 3             | 1.800,00             | 5.400,00          |
| Característica Física                                                    | Especificação |                      |                   |
| CANETA DE ROTAÇÃO                                                        | NÃO POSSUI    |                      |                   |
| CONTRA ÂNGULO                                                            | NÃO POSSUI    |                      |                   |
| SERINGA TRÍPLICE                                                         | POSSUI        |                      |                   |
| PEÇA RETA                                                                | NÃO POSSUI    |                      |                   |
| MICRO MOTOR                                                              | NÃO POSSUI    |                      |                   |
| TERMINAIS                                                                | ATÉ 3         |                      |                   |

| Especificação Técnica                                                 |                                                  |                      |                   |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------|-------------------|
| Ambiente: Copa/Cozinha                                                |                                                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                                   | Qtd.                                             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Geladeira/ Refrigerador                                               | 2                                                | 1.450,00             | 2.900,00          |
| Característica Física                                                 | Especificação                                    |                      |                   |
| CAPACIDADE                                                            | DE 250 A 299 L                                   |                      |                   |
| Especificação Técnica                                                 |                                                  |                      |                   |
| Ambiente: Sala de Imunização                                          |                                                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                                   | Qtd.                                             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Câmara para Conservação de Imunobiológicos                            | 2                                                | 13.700,00            | 27.400,00         |
| Característica Física                                                 | Especificação                                    |                      |                   |
| TEMPERATURA                                                           | ENTRE +2º C E + 8ºC                              |                      |                   |
| CIRCULAÇÃO DE AR FORÇADO                                              | POSSUI                                           |                      |                   |
| CONTRA PORTA                                                          | POSSUI                                           |                      |                   |
| DISCADOR DE EMERGÊNCIA                                                | POSSUI                                           |                      |                   |
| CAPACIDADE/QUANTIDADE                                                 | DE 120 A 300 LITROS/2 A 5 GAVETAS OU PRATELEIRAS |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFEÇÃO (GABINETE INTERNO)                               | AÇO INOXIDÁVEL 304                               |                      |                   |
| SENSORES INTERNOS                                                     | POSSUI                                           |                      |                   |
| SISTEMA DE EMERGÊNCIA (BATERIA/NO BREAK)/SISTEMA DE REGISTRO DE DADOS | POSSUI/ POSSUI                                   |                      |                   |
| Especificação Técnica                                                 |                                                  |                      |                   |
| Ambiente: Administração                                               |                                                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                                   | Qtd.                                             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Balde a Pedal                                                         | 1                                                | 120,00               | 120,00            |
| Característica Física                                                 | Especificação                                    |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFEÇÃO/CAPACIDADE                                       | POLIPROPILENO/DE 30L ATÉ 49L                     |                      |                   |
| Especificação Técnica                                                 |                                                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                                   | Qtd.                                             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Cadeira                                                               | 2                                                | 90,00                | 180,00            |
| Característica Física                                                 | Especificação                                    |                      |                   |
| MATERIAL DE CONFEÇÃO                                                  | AÇO / FERRO PINTADO                              |                      |                   |
| RODÍZIOS                                                              | NÃO POSSUI                                       |                      |                   |
| BRAÇOS                                                                | NÃO POSSUI                                       |                      |                   |
| REGULAGEM DE ALTURA                                                   | NÃO POSSUI                                       |                      |                   |
| ASSENTO/ ENCOSTO                                                      | POLIPROPILENO                                    |                      |                   |
| Especificação Técnica                                                 |                                                  |                      |                   |
| Ambiente: Central de Material Esterelizado(CME)                       |                                                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                                   | Qtd.                                             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Ar Condicionado                                                       | 20                                               | 2.400,00             | 48.000,00         |
| Característica Física                                                 | Especificação                                    |                      |                   |
| CAPACIDADE                                                            | 9.000 A 12.000 BTUs                              |                      |                   |
| TIPO                                                                  | SPLIT                                            |                      |                   |
| FUNÇÃO                                                                | QUENTE E FRIO                                    |                      |                   |
| Especificação Técnica                                                 |                                                  |                      |                   |
| Ambiente: Unidades Móveis para Transporte de Equipes                  |                                                  |                      |                   |
| Nome do Equipamento                                                   | Qtd.                                             | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Veículo Pick-up Cabine Dupla 4x4 (Diesel)                             | 1                                                | 116.000,00           | 116.000,00        |
| Característica Física                                                 | Especificação                                    |                      |                   |
| MOTORIZAÇÃO                                                           | MÍNIMO DE 140 CV                                 |                      |                   |
| CÂMBIO                                                                | MANUAL                                           |                      |                   |
| CAPACIDADE                                                            | 05 LUGARES                                       |                      |                   |
| AR CONDICIONADO                                                       | POSSUI                                           |                      |                   |
| TIPO DE DIREÇÃO                                                       | HIDRÁULICA                                       |                      |                   |
| TRIO ELÉTRICO (TRAVA,VIDRO,ALARME)                                    | POSSUI                                           |                      |                   |
| FREIOS ABS E AIRBAG DUP                                               | POSSUI                                           |                      |                   |
| ACESSÓRIOS2                                                           | NÃO POSSUI                                       |                      |                   |

|                              |                     |
|------------------------------|---------------------|
| ACESSÓRIOS3                  | PROTETOR DE CAÇAMBA |
| ACESSÓRIO 1                  | ESTRIBOS LATERAIS   |
| <b>Especificação Técnica</b> |                     |
|                              |                     |
| Total                        | Qtd. Total          |
|                              | 31                  |
|                              | Valor Total (R\$)   |
|                              | 200.000,00          |

|                                                               |                   |
|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS</b> |                   |
| QTD. TOTAL                                                    | VALOR TOTAL (R\$) |
| 31                                                            | 200.000,00        |

|                                            |                      |
|--------------------------------------------|----------------------|
| <b>DADOS BANCÁRIOS</b>                     |                      |
| CÓDIGO                                     | BANCO                |
| 001                                        | BANCO DO BRASIL S.A. |
| AGÊNCIA                                    | NOME                 |
| 02094X                                     | GUARAT               |
| <b>ENDEREÇO</b>                            |                      |
| AV BERNARDO SAYAO,2048 CENTRO CEP:77700000 |                      |