



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

**RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº 098/2018, de 19 de abril de 2018.**

*Dispõe sobre a Proposta de Projeto Nº. 13076.026000/1170-16 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Secretária Municipal de Saúde de Babaçulândia - TO, referente à Emenda Parlamentar Nº 29180004.*

**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 Nº. 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 o cadastro da proposta feito pelo Fundo Municipal de Saúde do município de Babaçulândia – TO;

Considerando a Proposta de Projeto Nº. 13076.026000/1170-16 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Secretária Municipal de Saúde de Babaçulândia - TO, referente à Emenda Parlamentar Nº 29180004;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 19 dias do mês de abril do ano de 2018, com início às 09h37minh, presidida pelo Secretário de Saúde MARCOS ESNER MUSAFIR;

Considerando que a referida reunião foi realizada no intervalo entre exoneração e nomeação dos Secretários de Saúde, devido a alteração de Governo com a cassação do governador Marcelo Miranda no TSE em 26 de março de 2018, com retorno ao Governo em 06 de abril de 2018 e mantida a decisão de cassação em 18 de abril de 2018;

Considerando que MARCOS ESNER MUSAFIR foi exonerado a partir de 19/04/2018 com a publicação no DOE Nº 5.095 às 10h42m;

Considerando que RENATO JAYME DA SILVA, foi nomeado a partir de 19/04/2018 com a publicação no Suplemento do DOE Nº 5.095 às 21h04m;

Considerando a urgência do assunto em função da necessidade de cumprimento de prazos junto ao Ministério da Saúde.

**RESOLVE:**

**Art. 1º - Ad Referendum**





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

**Art. 2º** - Aprovar a Proposta de Projeto N°. 13076.026000/1170-16 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Secretária Municipal de Saúde de Babaçulândia - TO, no valor de R\$170.000,00 (cento e setenta mil reais), referente à Emenda Parlamentar N° 29180004.

**Art. 3º** - Esta Resolução entra em vigor nesta data.

**RENATO JAYME DA SILVA**  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite





|                            |                                                                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b> | <b>PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE</b><br><b>Nº. DA PROPOSTA: 13076.026000/1170-16</b> |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                          |                                                           |                                         |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE</b>                   |                                                           |                                         |
| <b>CNPJ</b><br>13.076.026/0001-65                        | <b>NOME DO FUNDO DE SAÚDE</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |                                         |
| <b>Endereço Completo</b><br>RUA GETULIO VARGAS<br>CENTRO | <b>EA</b><br>MUNICIPAL                                    | <b>Tipo</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| <b>CEP</b><br>77870000                                   | <b>UF</b><br>TO                                           | <b>Município</b><br>BABACULANDIA        |

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

|                                            |                                               |              |         |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------|---------|
| <b>DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)</b> |                                               |              |         |
| <b>Nome:</b>                               | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BABACULANDIA |              |         |
| <b>Tipo Unidade:</b>                       | CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE                    |              |         |
| <b>CNPJ:</b>                               | 02.401.248/0001-90                            | <b>CNES:</b> | 6585140 |
| <b>Endereço:</b>                           | RUA GETULIO VARGAS - CENTRO, CEP:77870000     |              |         |

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>OBJETO DA PROPOSTA</b>           |
| AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |              |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------|---------|
| <b>JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                               |              |         |
| <b>UNIDADE ASSISTIDA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BABACULANDIA | <b>CNES:</b> | 6585140 |
| <b>INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |              |         |
| IMPLANTAÇÃO DE NOVO SERVIÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                               |              |         |
| <b>INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                               |              |         |
| ADSCRITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                               |              |         |
| <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>BABACULÂNDIA É UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO TOCANTINS, COM UMA ÁREA TERRITORIAL 1916,4 KM², DISTANTE DE 460 KM DA CAPITAL. PELA ÚLTIMA ESTIMATIVA POPULACIONAL DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE POSSUI 10 888 HABITANTES. O MUNICÍPIO É CONSIDERADO DE MÉDIO DESENVOLVIMENTO HUMANO, COM IDH DE 0,610. A PRIMEIRA ATIVIDADE ECONÔMICA NA REGIÃO FOI A EXTRATIVISTA, COM A EXTRAÇÃO DO COCO BABAÇU E, EM SEGUIDA, A AGROPECUÁRIA. COM A ABERTURA DA RODOVIA BELÉM-BRÁSILIA. APESAR DOS ESFORÇOS DOS ADMINISTRADORES NOSSO MUNICÍPIO AINDA É CARENTE NA ÁREA DA SAÚDE, DEVIDO À INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS. O MUNICÍPIO POSSUI TRÊS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, UM NASF E UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE E TEMOS A NECESSIDADE DE IMPLANTAR O SERVIÇO ELETIVO E PROGRAMADO PARA PACIENTES COM NECESSIDADE DE TRANSPORTE EM DECÚBITO HORIZONTAL SEM RISCO, O PÚBLICO ALVO QUE SERÁ ATENDIDO COM ESSE SERVIÇO EM MÉDIA DE 1080 PESSOAS, A PROGRAMAÇÃO MÉDIA DIÁRIA É 3 PESSOAS E MENSAL 90 PESSOAS PARA ESSE TRANSPORTE, SENDO A MAIORIA DOS CASOS PARA NOSSA PRIMEIRA REFERENCIA QUE É ARAGUAÍNA SERÁ NECESSÁRIO 01 VEÍCULO PARA ATENDER A DEMANDA, A PACTUAÇÃO REGIONAL ESTABELECE QUE AS REFERENCIAS PARA ATENÇÃO HOSPITALAR E ESPECIALIZADA SÃO: ARAGUAÍNA À 63 KM, PARAÍSO À 420 KM E PALMAS À 460 KM. O MUNICÍPIO TEM 100% DE COBERTURA NA ATENÇÃO BÁSICA. A PRESENTE PROPOSTA VISA OFERECER UM TRANSPORTE SEGURO, GERANDO AGILIDADE, CONFORTO E CONFIANÇA AOS NOSSOS PACIENTES.</p> |                                               |              |         |
| <b>INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |              |         |
| 10888, 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                               |              |         |
| <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>                                 |             |                             |                          |
| <b>UNIDADE ASSISTIDA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE BABACULANDIA</b> |             |                             |                          |
| <b>Ambiente:</b> Garagem                                                |             |                             |                          |
| <b>Nome do Equipamento</b>                                              | <b>Qtd.</b> | <b>Valor unitário (R\$)</b> | <b>Valor total (R\$)</b> |
| Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo Furgão                         | 1           | 170.000,00                  | 170.000,00               |