



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

RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 170, de 19 de julho de 2018.

Dispõe sobre a Proposta de Projeto Nº. 11262.636000/1180-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes (Unidade Móvel de Saúde) Ambulância Tipo A para a Secretaria Municipal de Saúde no município de Sitio Novo do Tocantins - TO, objeto de Emenda Parlamentar Nº 26930008.

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 Sitio Novo do Tocantins – TO;

Considerando a Proposta de Projeto Nº. 11262.636000/1180-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para a Secretaria Municipal de Saúde no município de Sitio Novo do Tocantins - TO, objeto de Emenda Parlamentar Nº 26930008;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 19 dias do mês de julho do ano de 2018.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Proposta de Projeto Nº. 11262.636000/1180-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes (Unidade Móvel de Saúde) Ambulância Tipo A para a Secretaria Municipal de Saúde no município de Sitio Novo do Tocantins - TO, objeto de Emenda Parlamentar Nº 26930008, no valor de R\$85.000,00 (oitenta e cinco mil reais),

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

RENATO JAYME DA SILVA
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



**MINISTÉRIO
DA SAÚDE****PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE
Nº. DA PROPOSTA: 11262.636000/1180-01****IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE**

CNPJ 11.262.636/0001-28	NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS DE SITIO NOVO DO TOCANTINS	
Endereço Completo TOCANTINS CENTRO	EA MUNICIPAL	Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CEP 77940000	UF TO	Município SITIO NOVO DO TOCANTINS

TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA

Recurso de Emenda Parlamentar
26930008 - R\$ 85.000,00 - PROFESSORA DORINHA SEABRA REZENDE

DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)

Nome:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SITIO NOVO DO TOCANTINS		
Tipo Unidade:	CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE		
CNPJ:	00.766.717/0001-49	CNES:	6866190
Endereço:	AV TOCANTINS - CENTRO, CEP:77940000		

OBJETO DA PROPOSTA

AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA

UNIDADE ASSISTIDA:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SITIO NOVO DO TOCANTINS	CNES:	6866190
INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.			
AMPLIAÇÃO DO ACESSO POR DEMANDA REPRIMIDA			
INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR.			
ADSCRITO			
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.			
A PROPOSTA VISA QUALIFICAR OS SERVIÇOS DE TRANSPORTE, UTILIZANDO-SE DE VEÍCULO NOVO E ADEQUADO, BEM COMO REDUZIR AS DESIGUALDADES NA OFERTA DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE AS PESSOAS CARENTES. A SECRETARIA MUNICIPAL DE SITIO NOVO DO TOCANTINS/TO, CNES. 6866190 GERENCIA OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS E NESSE ASPECTO VEM COM A PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE UMA AMBULÂNCIA TIPO A SERÁ DE GRANDE IMPORTÂNCIA PARA DAR SUPORTE TANTO NO TRANSPORTE DE PACIENTES DA ZONA RURAL QUE POR SINAL É BASTANTE EXTENSA E DOS PACIENTES ZONA URBANA A REFERENCIA, SEM CONTAR DA DIFICULDADES QUE TEMOS PELA DISTANCIA DA REFERENCIA ONDE TEMOS QUE TRANSPORTAR PACIENTES PARA HEMODIÁLISE E PACIENTES EM TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO DURANTE A SEMANA, FAZEMOS A REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA. A REFERENCIA MAIS PRÓXIMA É A CIDADE DE AGUSTINÓPOLIS/TO QUE ATENDE MÉDIA COMPLEXIDADE DISTANTE DE 41,3 KM VIA TO-201, O VEICULO SERÁ UTILIZADO EM CARÁTER ELETIVO, OS SERVIÇOS DE TRANSPORTE SERÃO DISPONIBILIZADOS PARA REMOÇÃO ELETIVA OU PACIENTES ESTABILIZADOS (SEM RISCO DE VIDA/MORTE) E QUE OBEDEÇAM AO ENCAMINHAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ALÉM DISSO, A NECESSITA DO VEÍCULO AMBULÂNCIA TIPO-A VEM EM ATENDIMENTO A QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTES EM DECÚBITO HORIZONTAL SEM RISCO, CONSIDERANDO A ESTIMATIVA DE 02 (DOIS) PACIENTES COM NECESSIDADE DE TRANSPORTE EM DECÚBITO HORIZONTAL SEM RISCO) E A PROGRAMAÇÃO DO TRANSPORTE EM AMBULÂNCIA TIPO A DETERMINADA PELA NECESSIDADE DIÁRIA EM MÉDIA 04 (QUATRO) PACIENTES E MEDIA MENSAL DE 120 (CENTO E VINTE) PACIENTES. E ESSE GRANDE NÚMERO DE VIAGENS TEM GERADO GRANDE DESGASTE NOS ATUAIS VEÍCULOS. IMPORTE ANOTAR QUE O SERVIÇO JÁ É OFERECIDO, MAS, OS VEÍCULOS ESTÃO OBSOLETOS E A SUBSTITUIÇÃO POR UM VEÍCULO NOVO É INDISPENSÁVEL PARA MANUTENÇÃO DA OFERTA, ADQUIRINDO O VEÍCULO AUMENTARÁ A CAPACIDADE DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE FORMA A PROMOVER MELHORIAS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE SEM INTERRUPÇÃO, POIS O MESMO VIABILIZARÁ O ACOMPANHAMENTO NOS TRATAMENTOS E O SISTEMA PREVENTIVO GANHARÁ MAIS FORÇA.			
INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.			
9 148, 9.148			
INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO.			
EM CONDIÇÕES DE RECEBER O EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE			
EXISTEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO E EMISSÃO DE LAUDO?			
SIM			
INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA.			
SERVIÇO TERCEIRIZADO LOCAL			

EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE			
UNIDADE ASSISTIDA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SITIO NOVO DO TOCANTINS			
Ambiente: Garagem			
Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo Furgoneta	1	85.000,00	85.000,00
Característica Física	Especificação		
ESPECIFICAR	NÃO		
Especificação Técnica			
Veículo tipo furgoneta c/ carroceria em aço ou monobloco e original de fábrica, 0 km, Air-Bag p/ os ocupantes da cabine, Freio c/ (A.B.S.) nas 4 rodas, modelo do ano da contratação ou do ano posterior, adaptado p/ ambulância de SIMPLES REMOÇÃO. Motor Dianteiro; 4 cilindros; Combustível = gasolina ou gasolina e/ou álcool misturados em qualquer proporção(flex); Potência mín de 85 cv; Tanque de Combustível: Capac. mín = 50 L. Freios e Suspensão. Equipamentos Obrigatórios exigidos pelo CONTRAN; Cabine/Carroceria: Portas em chapa, c/ revestimento interno em poliestireno, c/ fechos interno e externo, resistentes e de aberturas de fácil acionamento. Altura interna do veículo deve ser original de fábrica. O pneu estepe não deve ser acondicionado no salão de atendimento. Sist. Elétrico: Original do veículo, c/ montagem de bateria de no mín 60 Ah do tipo sem manutenção, 12 volts. O Sist. elétrico dimensionado p/ o emprego simultâneo de todos os itens especificados do veículo e equipamentos, quer c/ a viatura em movimento quer estacionada, sem risco de sobrecarga no alternador, fiação ou disjuntores. Iluminação: Natural e Artificial. Sinalizador Frontal Principal do tipo barra linear ou em formato de arco ou similar, c/ módulo único e lente inteira ou múltiplas lentes, c/ compr. mín de 1.000 mm e máx de 1.300 mm, largura mín de 250 mm e máx de 500 mm e altura mín de 55 mm e máx de 110 mm, instalada no teto da cabine do veículo. Laudo que comprove o atendimento à norma SAE J575, SAE J595 e SAE J845, no que se refere aos ensaios contra vibração, umidade, poeira, corrosão, deformação e fotometria classe 1, p/ o Sinalizador Luminoso Frontal Principal. Sinalização acústica c/ amplificador de potência mín de 100 W RMS @13,8 Vcc, mín de 3 tons distintos, Sist. de megafone c/ ajuste de ganho e pressão sonora a 01 (um) metro de no mín 100 dB @13,8 Vcc; Laudo que comprove o atendimento à norma SAE J1849, no que se refere a requisitos e diretrizes nos Sist.s de sirenes eletrônicas c/ um único autofalante. Sist. portátil de oxigênio completo, mín 3 L. A cabine deve ser c/ o Sist. original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica p/ ar Cond. e aquecedor e desembaçador. O compartimento do paciente, deve ser original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um Sist. de Ar Cond. e ventilação nos termos do item 5.12 da NBR 14.561. Ventilador oscilante no teto; A Capac. térmica do Sist. de Ar Cond. do Compartimento traseiro deve ser de no mín 15.000 BTUs. Maca retrátil, em duralumínio; c/ no mín 1.800 mm de compr.. Provida de Sist. de elevação do tronco do paciente de mín 45 graus e suportar peso mín de 100 kg. Com colchonete. Deverão ser apresentados: Autorização de Funcionamento de Empresa do Fabricante e Registro ou Cadastramento dos Produtos na Anvisa; Garantia de 24 meses. Ensaio atendendo à norma ABNT NBR 14561/2000 e AMD Standard 004, feito por laboratório devidamente credenciado. A distribuição dos móveis e equipamentos no salão de atendimento deve prever: Dimensionar o espaço interno, visando posicionar, de forma acessível e prática, a maca, bancos, equipamentos e aparelhos a serem utilizados no atendimento às vítimas. As paredes internas, piso e a divisória deverão ser em plástico reforçado c/ fibra de vidro laminadas ou Acrilonitrila Butadieno Estireno auto-extinguível, ambos c/ espessura mín de 3mm, moldados conforme geometria do veículo, c/ a proteção antimicrobiana, tornando a superfície bacteriostática. Um suporte p/ soro e plasma; Um pega-mão ou balaústres vertical, junto a porta traseira esquerda, p/ auxiliar no embarque c/ acabamento na cor amarela. Armário superior p/ objetos, na lateral direita, acima da maca, em ABS auto-extinguível ou compensado naval revestido interna e externamente em material impermeável e lavável (fórmica ou similar). Fornecer de vinil adesivo p/ grafismo do veículo, composto por cruzes e palavra Ambulância no capô, vidros laterais e traseiros; e as marcas do Governo Federal, SUS e Ministério da Saúde.			
Total	Qtd. Total	Valor Total (R\$)	
	1	85.000,00	

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS	
QTD. TOTAL	VALOR TOTAL (R\$)
1	85.000,00

DADOS BANCÁRIOS	
CÓDIGO	BANCO
104	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGÊNCIA	NOME
043818	AUGUSTINOPOLIS TO
ENDEREÇO	
R DOM PEDRO I, S/N, QUADRA 11 -LOTE 23 CENTRO CEP:77960000	

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA
Outros documentos para a Proposta - termo de compromisso ambulancia.pdf
Outros documentos para a Proposta - TER.DECLARAÇÃO GESTOR.pdf
Outros documentos para a Proposta - declaração gesrtor ambulancia.pdf