# RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 234, de 23 de agosto de 2018.

*Dispõe sobre a Proposta de Projeto Nº. 11478.207000/1180-08 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes (Ambulância Tipo A - Furgoneta) para a Secretaria Municipal de Saúde no município de São Miguel do Tocantins – TO, objeto da 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 São Miguel do Tocantins – TO;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 23 dias do mês de agosto do ano de 2018.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Homologar a Proposta de Projeto Nº. 11478.207000/1180-08 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes (Ambulância Tipo A - Furgoneta) para a Secretaria Municipal de Saúde no município de São Miguel do Tocantins – TO, objeto da Emenda Parlamentar Nº. 26930008, no valor de R$80.000,00 (oitenta mil reais).

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

Renato Jayme Silva
Secretário de Estado da Saúde
TOCANTINS

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

ESTADO DO TOCANTINS
FUNDO DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO TOCANTINS
*CNPJ: 11.478.207/0001-92*
*Rua Afonso Pena, s/n, Centro, CEP 77.925-00*

**Oficio 157/2018** **São Miguel do Tocantins, 01 de agosto de 2018.**

**À Comissão Intergestores Biopartite – CIB**
**Secretaria de Estado da Saúde**
**Estado do Tocantins.**

**ASSUNTO: Inclusão de pauta sobre aquisição de Equipamentos.**

Vimos por meio deste, solicitar inclusão de pauta na reunião do dia 23 de agosto de 2018, referente a seguinte proposta:

Proposta de Projeto Nº. **11478.207000/1180-08** para Aquisição de Unidade Móvel de Saúde para a Central de Gestão em Saúde do município de São Miguel do Tocantins – TO, no valor de R$ 80.000,00 referentes à Emenda Parlamentar Nº. 26930008 da Parlamentar PROFESSORA DORINHA SEABRA REZENDE.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente.

Dejacy de Oliveira Sousa
Secretário Mun. de Saúde
Port. 080/2018

**Dejacy de Oliveira Sousa**
**Secretário Municipal de Saúde/Gestor do FMS**

E
14/08/18
Hs 9:45

Comissão
Intergestores Biopartite-TO

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

## PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE
## Nº. DA PROPOSTA: 11478.207000/1180-08

| IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE | | | |
|---|---|---|---|
| **CNPJ**<br>11.478.207/0001-92 | **NOME DO FUNDO DE SAÚDE**<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO MIGUEL DO TOCANTINS | | |
| **Endereço Completo**<br>AFONSO PENA<br>CENTRO | | **EA**<br>MUNICIPAL | **Tipo**<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |
| **CEP**<br>77.925-000 | **UF**<br>TO | **Município**<br>SAO MIGUEL DO TOCANTINS | |

| TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA |
|---|
| Recurso de Emenda Parlamentar<br>ds_objeto:AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE<br>26930008 - R$ 80.000,00 - PROFESSORA DORINHA SEABRA REZENDE |

| DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S) | | | |
|---|---|---|---|
| **Nome:** | **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE** | | |
| **Tipo Unidade:** | **CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE** | | |
| **CNPJ:** | 25.064.007/0001-06 | **CNES:** | **2370786** |
| **Endereço:** | RUA JOSE BONIFACIO - CENTRO, CEP:77925000 | | |

| OBJETO DA PROPOSTA |
|---|
| AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE |

| JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA | | | |
|---|---|---|---|
| **UNIDADE ASSISTIDA:** | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE | **CNES:** | 2370786 |

**EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE**

**UNIDADE ASSISTIDA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**

**Ambiente: Garagem**

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R$) | Valor total (R$) |
|---|---|---|---|
| Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo Furgoneta | 1 | 80.000,00 | 80.000,00 |
| **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 inteiriça 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 mín100 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 Condic., ventilação, aquecedor e desembaçador.O compartimento do paciente, deve ser original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um Sist. de Ar Condic. e ventilação nos termos do item 5.12 da NBR 14.561.Ventilador oscilante no teto; A Capac. térmica do Sist. de Ar Condic. 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-estinguível, 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-estinguível 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 | 80.000,00 |

| QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS | |
|---|---|
| QTD. TOTAL | VALOR TOTAL (R$) |
| 1 | 80.000,00 |

| DADOS BANCÁRIOS | |
|---|---|
| CÓDIGO | BANCO |
| 104 | CAIXA ECONOMICA FEDERAL |
| AGÊNCIA | NOME |
| 028126 | ARAGUATINS/TO |
| ENDEREÇO | |
| RUA ALVARES DE AZEVEDO, QD. 55, LOTES 25 CENTRO CEP:77.950-000 | |

| DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA |
|---|
| Modelo Declaração do Gestor - DECLARAÇÃO AMBULANCIA.pdf<br>Termo de Compromisso Ambulância - termo ambulancia.pdf |