



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

**RESOLUÇÃO – CIB/TO N.º. 239, de 23 de agosto de 2018.**

*Dispõe sobre a Proposta de Projeto N.º. 11266.993000/1180-01, para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes (Ambulância Tipo A - Furgão) para a Secretaria Municipal de Saúde no município de Tocantinópolis – TO, objeto da Emenda Parlamentar N.º. 36950003.*

**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.º. 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 Tocantinópolis – TO;

Considerando o OFÍCIO/GABPREF/TOC. N.º. 138/2017, de 15 de setembro de 2017, do município de Tocantinópolis – TO, em que Justifica a Solicitação de Aquisição de Ambulância de Transporte Tipo A;

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 N.º. 11266.993000/1180-01, para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes (Ambulância Tipo A - Furgão) para a Secretaria Municipal de Saúde no município de Tocantinópolis – TO, objeto da Emenda Parlamentar N.º. 36950003, no valor de R\$170.000,00 (cento e setenta 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





PREFEITURA MUNICIPAL DE TOCANTINÓPOLIS  
GESTÃO 2017/2020

OFÍCIO/GABPREF/TOC. Nº 138/2017

Tocantinópolis-TO, 15 de setembro de 2017.

A Sua Excelência, o Senhor  
**Ministro Ricardo Barros**  
Ministério da Saúde  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G  
70058-900 - Brasília/DF

C/C  
A Coordenação Geral de Atenção Hospitalar  
Ministério da Saúde  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G  
70058-900 - Brasília/DF

Assunto: **Solicitação para aquisição de Ambulância de Transporte tipo A.**

Prezado Senhor,

1. Ao cumprimentá-lo, o Município de **Tocantinópolis/TO**, por meio de sua Secretaria Municipal de Saúde dirige-se a Vossa Excelência para manifestar interesse na aquisição de **02 (duas) ambulância(s)** de Transporte tipo A, conforme Portaria MS nº2.214 de 2017.

2. Na ocasião, justifica-se tal solicitação devido ao fato de o nosso município atender tanto a **população residente** (23.130 habitantes) quanto a **população referenciada**: Aguiarnópolis/TO - 6.307 habitantes; Angico/TO - 3.401 habitantes; Luzinópolis/TO - 2.992 habitantes; Nazaré/TO - 4.118 habitantes; Palmeiras do Tocantins/TO - 6.450 habitantes; Riachinho/TO - 4.561 habitantes; Santa Terezinha/TO - 2.548 habitantes. Perfazendo um total de **30.377 pessoas**. Há ainda a população indígena, cerca de **2.600 índios (Elinia Apinajé)**, que são também atendidos pela rede de saúde municipal. Diuturnamente são realizadas viagens para levar pacientes aos municípios de referência e contra referência, sendo eles **Augustinópolis/TO, a 149 km de distância e Araguaína/TO, a 168 km de distância**. Destaco que, de janeiro a julho/2017 já foram realizadas **mais de 600 viagens**, emergenciais e eletivas, a estes dois municípios, uma média superior a **85 viagens/mês**.

3. Como critério estabelecido em normativa, esta Secretaria se responsabiliza pelo custeio fixo e variável do(s) veículo(s) adquirido(s), englobando, neste caso, as



PREFEITURA MUNICIPAL DE TOCANTINÓPOLIS  
GESTÃO 2017/2020


despesas administrativas referentes a impostos, emplacamento e documentação do veículo, seguro contra sinistro, sistema de gestão, recursos humanos, limpeza, rastreamento, despesas relativas ao custo por Km rodado, assim como qualquer outra despesa para manutenção do bem.

4. Na expectativa de contar com a especial atenção desse Ministério a esta solicitação e com a devida liberação do sistema do Fundo Nacional de Saúde para cadastro, aguarda-se confirmação ao pleito pelo telefone (63) 98439-9846 e/ou 3471-7113 ou e-mail: [j\\_guiar@yahoo.com.br](mailto:j_guiar@yahoo.com.br).

Atenciosamente,

  
Paulo Gomes de Souza  
Prefeito Municipal de Tocantinópolis/TO

RECEBEMOS  
22/08/18  
Fis. 8 : 37

  
Coordenadora Executiva da Comissão Intergestores Bipartite-TO

**MINISTÉRIO  
DA SAÚDE****PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE  
Nº. DA PROPOSTA: 11266.993000/1180-01****IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE**

<b>CNPJ</b> 11.266.993/0001-64	<b>NOME DO FUNDO DE SAÚDE</b> FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
<b>Endereço Completo</b> DA ESTRELA CENTRO	<b>EA</b> MUNICIPAL	<b>Tipo</b> FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
<b>CEP</b> 77.900-000	<b>UF</b> TO	<b>Município</b> TOCANTINOPOLIS

**TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA**

Recurso de Emenda Parlamentar  
ds\_objeto:AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE  
36950003 - R\$ 170.000,00 - JOSI NUNES

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

<b>Nome:</b>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE TOCANTINOPOLIS		
<b>Tipo Unidade:</b>	CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE		
<b>CNPJ:</b>	01.224.716/0001-35	<b>CNES:</b>	2555980
<b>Endereço:</b>	AV CRUZEIRO DO SUL - CENTRO, CEP:77900000		

**OBJETO DA PROPOSTA**

AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

**JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA**

<b>UNIDADE ASSISTIDA:</b>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE TOCANTINOPOLIS	<b>CNES:</b>	2555980
---------------------------	--	--------------	---------

**EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE****UNIDADE ASSISTIDA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE TOCANTINOPOLIS**

**Ambiente:** Garagem

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo Furgão	1	170.000,00	170.000,00
<b>Característica Física</b>	<b>Especificação</b>		
ESPECIFICAR	NÃO		

**Especificação Técnica**

Veículo furgão original de fábrica, 0 km, adap. p/ AMB SIMPLES REMOÇÃO, com cap. Vol. não inferior a 7 metros cúbicos no total. Compr. total mín. 4.740 mm; Comp. mín. do salão de atend.o 2.500 mm; Al. Int. mín. do salão de atend. 1.540 mm; Diesel; Equipado com todos os equip. de série não especificados e exigidos pelo CONTRAN; A estrutura da cabine e da carroceria será original, construída em aço. O painel elétrico interno, deverá possuir 2 tomadas p/ 12V (DC). As tomadas elétricas deverão manter uma dist. mín. de 31 cm de qualquer tomada de Oxigênio. A ilum. do comp. de atend. deve ser de 2 tipos: Natural e Artificial - deverá ser feita por no mín. 4 luminárias, instaladas no teto, com diâmetro mín. de 150 mm, em base estampada em alumínio ou injetada em plástico em modelo LED. A iluminação ext. deverá contar com holofote tipo farol articulado reg. manualmente na parte traseira da carroceria, c/ acionamento independente e foco direcional ajustável 180º na vertical. Deverá possuir 1 sinalizador principal do tipo barra linear ou em formato de arco ou similar, com módulo único; 2 sinalizadores na parte traseira da AMB na cor vermelha, com freq. Mín. de 90 flashes por minuto, quando acionado com lente injetada de policarbonato. Podendo utilizar um dos conceitos de Led. Sinalizador acústico c/ amplificador de pot. mínima de 100 W RMS @13,8 Vcc, mín. de 3 tons distintos, sist. de megafone c/ ajuste de ganho e pressão sonora a 1 m. de no mín. 100 dB @13,8 Vcc; Sist. fixo de Oxigênio (rede integrada): contendo 1 cilindro de oxigênio de no mín. 16l. . Em suporte individual, com cintas reguláveis e mecanismo confiável resistente a vibrações, trepidações e/ou capotamentos, possibilitando receber cilindros de capacidade diferentes, equipado com válvula pré-regulada p/ 3,5 a 4,0 kgf/cm2 e manômetro; Na região da bancada, deverá existir uma régua e possuir: fluxômetro, umidificador p/ O2 e aspirador tipo venturi, c/ roscas padrão ABNT. Conexões IN/OUT normatizadas pela ABNT. A climatização do salão deverá permitir o resfri/aquec.. O compart. do motorista deverá ser fornecido c/ o sist. original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica p/ ar condicionado, ventilação, aquecedor e desembaçador. P/ o compart. paciente, deverá ser fornecido original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um sist. de Ar Condicionado, c/ aquecimento e ventilação tipo exaustão lateral nos termos do item 5.12 da NBR 14.561. Sua capacidade térmica deverá ser com mín. de 26.000 BTUs e unidade condensadora de teto. Maca retrátil, com no mín. 1.900 mm de compr., com a cabeceira voltada para frente; c/ pés dobráveis, sist. escamoteável; provida de rodízios, 3 cintos de segurança fixos, que permitam perfeita segurança e desengate rápido. Acompanham: colchonete. Balaústre: Deverá ter 2 pega-mão no teto do salão de atendimento. Ambos posicionados próximos às bordas da maca, sentido traseira-frente do veículo. Confeccionado em alumínio de no mínimo 1 polegada de diâmetro, com 3 pontos de fixação no teto, instalados sobre o eixo longitudinal do comp. através de parafusos e c/ 2 sist. de suporte de soro deslizável, devendo possuir 02 ganchos cada para frascos de soro. Piso: Deverá ser resistente a tráfego pesado, revestido com material tipo vinil ou similar em cor clara, de alta resistência, lavável, impermeável, antiderrapante mesmo quando molhado. Armário: Armário em um só lado da viatura (lado esquerdo). As portas devem ser dotadas de trinco para impedir a abertura espontânea das mesmas durante o deslocamento. Deverá possuir um armário tipo bancada para acomodação de equipamentos com batente frontal de 50 mm, para apoio de equipamentos e medicamentos, com aproximadamente 1 m de comprimento por 0,40 m de profundidade, com uma altura de 0,70 m; Fornecimento de vinil adesivo para grafismo do veículo, composto por (cruzes) e palavra (ambulância) no capô, vidros laterais e vidros traseiros; Bem como, as marcas do Governo Federal.

<b>Total</b>	<b>Qtd. Total</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
	<b>1</b>	<b>170.000,00</b>

**QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS**

<b>QTD. TOTAL</b>	<b>VALOR TOTAL (R\$)</b>
<b>1</b>	<b>170.000,00</b>

**DADOS BANCÁRIOS**

<b>CÓDIGO</b>	<b>BANCO</b>
001	BANCO DO BRASIL S.A.
<b>AGÊNCIA</b>	<b>NOME</b>
008109	TOCANTINOPOLIS
<b>ENDEREÇO</b>	
PCA,DEP,DARCY MARINHO,16 CENTRO CEP:77.900-000	

**DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA**

Outros documentos para a Proposta - PPI Tocantinopolis.pdf  
 Outros documentos para a Proposta - DECLARAÇÃO DE MANUTENÇÃO.pdf  
 Modelo Declaração do Gestor - Justificativa - AMBULANCIA.pdf  
 Termo de Compromisso Ambulância - termo de compromisso de manutenção.pdf  
 Outros documentos para a Proposta - Justificativa - AMBULANCIA-2.pdf