



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

RESOLUÇÃO – CIB/TO N°. 293, de 18 de outubro de 2018.

Dispõe sobre a Proposta de Projeto N°. 11627.479000/1170-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes - Ambulância Tipo A, para a Secretaria Municipal de Saúde do município de Nova Olinda – TO, objeto de Recurso de Programa/ Ação do Ministério da Saúde.

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 Portaria MS/GM N°. 2.214, de 31 de agosto de 2017, que Regulamenta a aplicação de recursos por programação para aquisição de Ambulância de Transporte - Tipo A;

Considerando a Portaria MS/GM N°. 3.388, de 12 de dezembro de 2017, que Dispõe sobre a aplicação de recursos de programação aprovados pela Lei 13.528, de 29 de novembro de 2017 para transferência fundo a fundo destinada à aquisição de veículos ambulância tipo A pelos entes Municipais, Estaduais e Distrito Federal;

Considerando o OFÍCIO OF/SMS/N°. 91/2018, de 15 de outubro de 2018, em que o município de Nova Olinda – TO solicita à CIB -TO a Homologação da Proposta de Projeto N°. 11627.479000/1170-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes – Aquisição de Ambulância Tipo A, para o município;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 18 dias do mês de outubro do ano de 2018.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Proposta de Projeto N°. 11627.479000/1170-01 para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes - Ambulância Tipo A, para a Secretaria Municipal de Saúde do município de Nova Olinda – TO, objeto de Recurso de Programa/ Ação do Ministério da Saúde, no valor de R\$168.500,00 (cento e sessenta e oito mil e quinhentos reais).

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

RENATO JAYME DA SILVA
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite





OF/SMS/Nº91/2018

Nova Olinda- TO, 15 de Outubro de 2018.

A Sua Excelência, o senhor
RENATO JAYME DA SILVA
SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DO TOCANTINS.

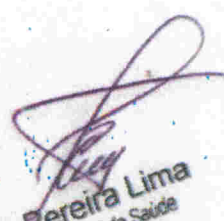
Assunto: Solicitação de ponto de Pauta da Reunião da CIB.

Prezado Senhor,

Pelo presente instrumento venho solicitar ponto-de pauta para reunião da CIB do dia 18/10/2018, para apresentar Proposta de Aquisição/Material Permanente Nº 11627479000/1170-01 no valor de 168.500,00 R\$.

Sendo só o que me reserva para o momento, antecipo agradecimento de estima e distinta consideração.

Atenciosamente,

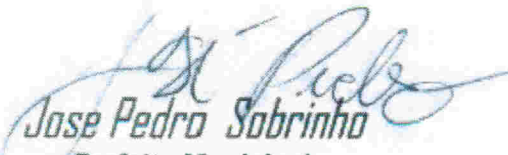

Jair Pereira Lima
Sec. Municipal de Saúde
Port. nº 053/2018
Jair Pereira Lima
Secretário Municipal de Saúde

TERMO DE COMPROMISSO

Conforme exigência do artigo 5º inciso II da Portaria GM/MS nº. 2.214, de 31 de agosto de 2017, o proponente (Estado, Município ou Distrito Federal) assume junto ao Ministério da Saúde o compromisso de custeio e manutenção, conforme definido no artigo 9º da respectiva portaria, referente ao pleno funcionamento do veículo para os objetivos propostos , para a aquisição de Ambulância Tipo A – Remoção Simples e Eletiva.

Firmo o presente.

Nova Olinda – TO 04 de Dezembro de 2017.



Jose Pedro Sobrinho
Prefeito Municipal

OBS₂: Dados para contato: Iuri Viera – 063 99205-3482 email: iurisaude@hotmail.com>

**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**
PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE
Nº. DA PROPOSTA: 11627.479000/1170-01
IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

CNPJ 11.627.479/0001-07	NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	
Endereço Completo GOIAS CENTRO	EA MUNICIPAL	Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CEP 77.790-000	UF TO	Município NOVA OLINDA

TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA

Recurso de Programa/Ação

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

Nome:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA OLINDA		
Tipo Unidade:	CENTRAL DE GESTÃO EM SAÚDE		
CNPJ:	00.001.602/0001-63	CNES:	9037438
Endereço:	AVENIDA GOIAS CASA - CENTRO, CEP: 77790000		

OBJETO DA PROPOSTA

AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA

UNIDADE ASSISTIDA:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA OLINDA	CNES:	9037438
---------------------------	--	--------------	---------

EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE
UNIDADE ASSISTIDA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA OLINDA

Ambiente: Garagem			
Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo pick-up 4x4	1	168.500,00	168.500,00
Característica Física	Especificação		
ESPECIFICAR	NÃO		

Especificação Técnica

Veículo tipo pick-up cabine simples, c/ tração 4x4, zero km, Air-Bag p/ os ocupantes da cabine, Freio c/ (A.B.S.) nas quatro rodas, modelo do ano da contratação ou do ano posterior, adaptado p/ ambulância de SIMPLES REMOÇÃO, implementado c/ baú de alumínio adaptado c/ portas traseiras. C/ capacidade mín de carga 1.000 kg Motor; Potência mín 100 cv; c/ todos os equipamentos de série não especificados e exigidos pelo CONTRAN; Snorkel p/ captação do ar de admissão do motor e diferencial; Capacidade volumétrica não inferior a 5,5 metros cúbicos no total. Sist. Elétrico: Original do veículo, c/ montagem de bateria adicional mín 100A. Independente da potência necessária do alternador, não serão admitidos alternadores menores que 120 A. Inversor de corrente contínua (12V) p/ alternada (110V) c/ capacidade mín de 1.000W de potência máx contínua, c/ onda senoidal pura. Painel elétrico interno mín de uma régua integrada c/ no mín 04 tomadas, sendo 02 tripolares (2P+T) de 110 Vca e 02 p/ 12 V (potência máx de 120 W), interruptores c/ teclas do tipo iluminadas; Iluminação natural e artificial. Sinalizador Frontal Secundário: barra linear frontal o veículo semi embutido no defletor frontal, 02 sinalizadores a LEDs em cada lado da carenagem frontal da ambulância na cor vermelha c/ tensão de trabalho de 12 Vcc e consumo nominal máx de 1,0A por sinalizador. 02 Sinalizadores na parte traseira na cor vermelha, c/ frequência mín de 90 flashes por minuto, operando mesmo c/ as portas traseiras abertas e permitindo a visualização da sinalização de emergência no trânsito, quando acionado, c/ lente injetada de policarbonato, resistente a impactos e descolorização c/ tratamento UV. Fornece laudo que comprove o atendimento às normas SAE J575 e SAE J595 (Society of Automotive Engineers), no que se refere aos ensaios contra vibração, umidade, poeira, corrosão, deformação e traseiros. Sinalização acústica c/ amplificador de potência mín de 100 W RMS @13,8 Vcc, mín de 03 tons distintos, sistema de megafone c/ ajuste de ganho e pressão sonora a 01 metro no mín 100 dB @13,8 Vcc; Fornece laudo que comprove o atendimento à norma SAE J1849 (Society of Automotive Engineers), no que se refere a requisitos e diretrizes nos sistemas de sirenes eletrônicas c/ um único autôfalante; Sist. fixo de Oxigênio. Ventilação do veículo proporcionada por janelas e ar condicionado. Compartimento do motorista c/ o sist. original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica p/ ar condicionado, ventilação, aquecedor e desembaçador. P/ o compartimento do paciente original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um sist. de Ar Condicionado e ventilação conforme o item 5.12 da NBR 14.561. Capacidade térmica do sist. de Ar Condicionado do Compartimento traseiro c/ no mín 30.000 BTUs. Cadeira do médico retrátil ao lado da cabeceira da maca. No salão de atendimento, paralelamente à maca, um banco lateral escamoteável, tipo baú. Maca retrátil ou bi-articulada, confeccionada em duralumínio; c/ no mín 1.800 mm de comprimento, c/ sist. de elevação do tronco do paciente em pelo menos 45 graus e colchonete. Apresentar Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) do Fabricante, bem como, Registro ou Cadastro dos Produtos na ANVISA; Garantia de 24 meses. Ensaio atendendo à norma ABNT NBR 14561/2000 e AMD Standard 004, feito por laboratório credenciado. Design Interno: Dimensiona o espaço interno da ambulância, visando posicionar, de forma acessível e prática, a maca, bancos, equipamentos e aparelhos a serem utilizados no atendimento às vítimas. Pega-mão ou balaústre vertical, junto a porta traseira direita, p/ auxiliar no embarque, c/ acabamento na cor amarela. Armário lado esquerdo da viatura tipo bancada p/ acomodação de equipamentos, p/ apoio de equipamentos e medicamentos; Fornecimento de vinil adesivo p/ grafismo do veículo, composto por (cruz da vida e SUS) e palavra (ambulância) no capô, laterais e vidros traseiros.

Total	Qtd. Total	Valor Total (R\$)
--------------	-------------------	--------------------------

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS

QTD. TOTAL	VALOR TOTAL (R\$)
1	168.500,00

DADOS BANCÁRIOS

CÓDIGO	BANCO
001	BANCO DO BRASIL S.A.
AGÊNCIA	NOME
019593	NOVA OLINDA
ENDEREÇO	
AV.GOIAS,1216 CENTRO CEP:77.790-000	

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA

Modelo Declaração do Gestor - DECLARAÇÃO DO GESTOR.pdf
Termo de Compromisso Ambulância - Termo de Compromisso Ambulância -.pdf