

**MINISTÉRIO
DA SAÚDE****PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE
Nº. DA PROPOSTA: 11440.035000/1180-09****IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE**

CNPJ 11.440.035/0001-68	NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		
Endereço Completo GETULIO VARGAS 5/N CENTRO	EA MUNICIPAL	Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	
CEP 77993000	UF TO	Município ESPERANTINA	

TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA

Recurso de Programa/Ação

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

Nome:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ESPERANTINA		
Tipo Unidade:	CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE		
CNPJ:	25.064.080/0001-70	CNES:	6578977
Endereço:	RUA GETULIO VARGAS - CENTRO, CEP:77993000		

OBJETO DA PROPOSTA

AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA**UNIDADE ASSISTIDA:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ESPERANTINA **CNES:** 6578977**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.

O MUNICÍPIO DE ESPERANTINA, LOCALIZADO NO EXTREMO NORTE DO ESTADO DO TOCANTINS E DISTANTE 760KM DA CAPITAL PALMAS, MAIS PRECISAMENTE NO TERRITÓRIO DA CIDADANIA DO BICO DO PAPAGAIO, CONTA COM UMA POPULAÇÃO DE 10.651 HABITANTES SENDO 4.862 VIVENDO NA ZONA RURAL (IBGE 2016). OS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERECIDOS NO MUNICÍPIO SÃO COMPLETAMENTE DEPENDENTES DO SUS, POIS NÃO EXISTE OFERTA DE SERVIÇOS NA REDE PRIVADA. JUSTIFICA-SE TAL SOLICITAÇÃO VISANDO À PROPORÇÃO DE MELHORES CONDIÇÕES PARA O TRANSPORTE EM DECÚBITO HORIZONTAL SEM RISCO DE PACIENTES NO MUNICÍPIO DE ESPERANTINA, SENDO QUE É NOTÓRIO A SITUAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO E NO TERRITÓRIO NACIONAL, E NO MUNICÍPIO DE ESPERANTINA NÃO É DIFERENTE. A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE ESPERANTINA POSSUI APENAS 01 (UM) VEÍCULO AMBULÂNCIA EM PRECÁRIO ESTADO DE CONSERVAÇÃO, SEM AS MÍNIMAS CONDIÇÕES PARA TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTOS DIVERSOS COMO: PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA (POR MEIO DOS PROCEDIMENTOS DE DIÁLISE); CIRURGIAS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS; PROCEDIMENTOS TRAUMATO-ORTOPÉDICOS; PATOLOGIA CLÍNICA; ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA; RADIODIAGNÓSTICO; DIAGNOSE; TERAPIAS ESPECIALIZADAS; PRÓTESES E ÓRTESES, E ETC. TAIS PACIENTES SÃO ENCAMINHADOS PARA LOCAL DE REFERÊNCIA, SENDO AUGUSTINÓPOLIS/TO E ARAGUAÍNA/TO, CIDADES ESTAS COM UMA DISTANCIA DE ATÉ 400 KM DA SEDE DO MUNICÍPIO DE ESPERANTINA. O FATO DE NÃO HAVER VEÍCULO EM PERFEITAS CONDIÇÕES, CAUSA TRANSTORNOS AOS PACIENTES E A ADMINISTRAÇÃO, TENDO AS VEZES QUE IMPROVISAR VEÍCULOS PARTICULARES PARA A LOCOMOÇÃO, DIANTE DO EXPOSTO, O MUNICÍPIO DE ESPERANTINA NÃO DISPÕE DE TRANSPORTE AMBULÂNCIA ADEQUADO PARA ATENDER A DEMANDA DE LOCOMOÇÃO DOS USUÁRIOS QUE NECESSITAM SE DESLOCAR EM DECÚBITO HORIZONTAL PARA OUTRAS LOCALIDADES DE ATENDIMENTO NO PRÓPRIO MUNICÍPIO E NOS MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA, HAVENDO ASSIM A NECESSIDADE DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO PARA OS PACIENTES COM CERTA URGÊNCIA. O VEÍCULO ORA PLEITEADO, TERÁ UMA ESTIMATIVA DE 100 (CEM) ATENDIMENTOS EM DECÚBITO HORIZONTAL SEM RISCO, COM UMA PROGRAMAÇÃO DIÁRIA DE 10 (DEZ) ATENDIMENTOS E MENSAL DE 200 (DUZENTOS) ATENDIMENTOS, COMO CRITÉRIO ESTABELECIDO EM NORMATIVA, ESTE MUNICÍPIO SE RESPONSABILIZA PELO CUSTEIO FIXO E VARIÁVEL DO VEÍCULO ADQUIRIDO, ENGLOBALANDO, NESTE CASO, AS 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. OBJETIVANDO A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO USUÁRIA DO SUS, BUSCAMOS SEMPRE MELHORAR O ACESSO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFERECIDOS. COMO SOLUÇÃO ADVINDA, FAZ-SE NECESSÁRIO A AQUISIÇÃO DE 01 (UM) VEÍCULO AMBULÂNCIA TIPO A PARA SUPRIR AS NECESSIDADES NO TRANSPORTE DE PACIENTES EM DECÚBITO HORIZONTAL DENTRO E PARA FORA DO MUNICÍPIO DE ESPERANTINA.

INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.

10651, 100

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 DE OUTRO ESTADO.

EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE**UNIDADE ASSISTIDA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ESPERANTINA****Ambiente: Garagem**

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo pick-up 4x4	1	170.000,00	170.000,00

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, quandoacionado, 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 autofalante; 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 Cadastramento 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 baldeústre 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\$)
	1	170.000,00

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS

QTD. TOTAL	VALOR TOTAL (R\$)
1	170.000,00

DADOS BANCÁRIOS

CÓDIGO	BANCO
104	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGÊNCIA	NOME
028126	ARAGUATINS/TO
ENDEREÇO	
RUA ALVARES DE AZEVEDO, QD. 55, LOTES 25 CENTRO CEP:77950000	

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA

Termo de Compromisso Ambulância - Termo de Compromisso.pdf
 Modelo Declaração do Gestor - Declaração do Gestor.pdf



TERMO DE COMPROMISSO AMBULÂNCIA

Termo nº: 1707401712291205067

O gestor do município ESPERANTINA - TO, IBGE , IBGE 170740, declara que acessou o sistema disponível em <http://egestorab.saude.gov.br> através de login e senha utilizado pelo Fundo Municipal/Estadual de Saúde que tem CNPJ 11440035000168 e assume o compromisso de executar o recurso financeiro no valor de R\$ 170,000.00 para a aquisição de Ambulância Tipo A, abaixo relacionada.

Para efeitos do Presente Termo, a ambulância Tipo A é definida como veículo destinado ao transporte por condição de caráter temporário ou permanente, em decúbito horizontal, de pacientes que não apresentem risco de vida, para remoção simples e de caráter eletivo, conforme classificação estabelecida pela Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002 e observadas as seguintes condições:

I - As ambulâncias de transporte deverão dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

- a) sinalizador óptico e acústico;
- b) equipamento de comunicação;
- c) maca com rodas;
- d) suporte para soro e oxigênio medicinal; e

II - Aplica-se ao deslocamento programado no próprio município de residência ou para outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação e articulação com as estruturas de regulação de acesso.

III - A ambulância de transporte poderá ser utilizada em casos de alta ou internações hospitalares, atendimentos domiciliares e para realização de procedimentos ambulatoriais na Rede de Atenção à Saúde.

O município declara estar ciente de que, assume junto ao Ministério da Saúde o compromisso de custeio e manutenção, referente a vida útil e pleno funcionamento do veículo para os objetivos propostos.

Conforme estabelecido na portaria 3.388, de 12 de dezembro de 2017, Art. 9º O gestor do município habilitado ao recebimento dos recursos, nos termos da legislação que regulamentam o SUS devem:

I - Assegurar o custeio e a manutenção para o pleno funcionamento do veículo para os objetivos propostos;

II - Assegurar o devido processo licitatório para aquisição do objeto, devendo avaliar a adesão a

ata de registro de preços do Ministério da Saúde, caso haja;

III - Adquirir o veículo nos termos da especificação do veículo constante no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais Permanentes para o SUS (SIGEM), disponível em www.fns.saude.gov.br;

IV - Cadastrar os veículos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no prazo até 90 (noventa) dias contado da data de seu recebimento pelo ente federativo beneficiário, conforme lista de códigos e equipamentos cadastráveis no sistema, vinculado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Secretaria de Saúde.

V - Providenciar adequação visual, conforme manual de logotipo, disponibilizado pelo Ministério da Saúde no site www.saude.gov.br.

VI - Arcar com possíveis custos adicionais na aquisição do veículo.

Parágrafo único. A destinação e o custeio fixo e variável dos veículos adquiridos, nos termos desta Portaria, são de responsabilidade do ente beneficiado, o qual deverá observar as normas técnicas e dispositivos legais que regem a matéria, observadas as seguintes definições:

a) custeio fixo: as despesas administrativas e referentes a impostos, emplacamento e documentação do veículo, seguro contra sinistro, sistema de gestão, recursos humanos, limpeza e rastreamento, entre outras; e

b) custeio variável: as despesas relativas ao custo por KM rodado, entre outras.


Antônio José Oliveira Rodrigues
Sec. Mun. de Saúde e Saneamento
Decreto nº 029/2017

ESPERANTINA - TO, December 29, 2017

ANTONIO JOSE OLIVEIRA RODRIGUES

CPF: 77823737191



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.440.035/000-68

OFÍCIO/ Nº 0167/2018

Esperantina, 12 de Novembro de 2018.

A Sua Excelência, o senhor,
RENATO JAYME DA SILVA
Secretário de Estado da Saúde do Tocantins e Presidente da CIB – TO

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE HOMOLOGAÇÃO DE PROPOSTA DE PROJETO PARA AQUISIÇÃO DE AMBULÂNCIA TIPO A.

Senhor Presidente,

Considerando a Portaria MS/GM Nº. 2.214/2017, 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 Nº. 3.3388/2017, 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 TERMO DE COMPROMISSO AMBULÂNCIA Nº. 1707401712291205067; Venho através do presente solicitar a Homologação da Proposta de Projeto Nº.11440.035000/1180-09 – Aquisição de Ambulância Tipo A para fins de utilização em vista à proporção de melhores condições ao transportar pacientes dentre o município e para o hospital de referência (Augustinópolis/Araguaína), pois nosso município possui apenas 01(um)veículo ambulância em precário estado de conservação, sem a mínima condições para transporte de pacientes em casos de alta ou internações hospitalares, atendimentos domiciliares e para realização de procedimentos ambulatoriais na Rede de Atenção à Saúde, no valor de R\$ 170.000,00 referente a recurso fruto de Programa/Ação do Ministério da Saúde .


Antônio José Oliveira Rodrigues
Sec. Mun. de Saúde e Saneamento
Decreto nº 029/2017

ANTONIO JOSÉ OLIVEIRA RODRIGUES
Secretário Mul. de Saúde e Saneamento
Decreto 029/2017



**GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE -TO
SECRETARIA GERAL.**

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE PAUTA NA REUNIÃO ORDINÁRIA DA CIB

Item	Assunto	*Finalidade
01	Proposta de Projeto de Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes Nº 11440.035000/1180-09 – "Ambulância Tipo A", o valor R\$: 170.000,00 e recurso de Programa/Ação do Ministério da Saúde.	HOMOLOGAÇÃO
02	Proposta de Aquisição de Equipamento/ Material Permanente nº 11440.035000/1180-09, "Micro-Ônibus Urbano de Transporte Sanitário no valor R\$: 242.000,00 sendo recurso de Programa/Ação do Ministério da Saúde.	

"Art.12- Todas as questões sujeitas à análise da Comissão Intergestores Bipartite serão apreciadas por ordem Cronológica de entrada no protocolo e terão um prazo de até 10 (dez) minutos para serem apresentadas, salvo casos excepcionais, fixe a relevância do assunto e de comum acordo entre as partes." (Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Tocantins).

*Finalidade do Solicitante:	Pactuação e Aprovação (10 minutos) Apresentação e Esclarecimento (05 minutos) Apresentação e Homologação (05 minutos) Informe (03 minutos)
-----------------------------	---

Material anexo do Solicitante:	<input type="checkbox"/> Arquivo em CD <input checked="" type="checkbox"/> Arquivo em Pendriver <input type="checkbox"/> E-mail
--------------------------------	---

Expositor (a)	
Nome	Função/cargo
ANTONIO JOSÉ OLIVEIRA RODRIGUES	SECRETÁRIO DE SAÚDE

Recursos requisitados à CIB:	<input checked="" type="checkbox"/> Data Show <input checked="" type="checkbox"/> Notebook <input type="checkbox"/> Internet
------------------------------	--

Data: 12/11/2018


Antônio José Oliveira Rodrigues
Sec. Mun. de Saúde e Saneamento

Decreto nº 029/2017
Nome do Solicitante/Carimbo
E-mail:sitonio-@hotmail.com
Fone: (63)981121728/3475-1211

Secretaria Geral da CIB/TO
____/____/____
Hs: _____ : _____
_____ Recebedor

**MINISTÉRIO
DA SAÚDE****PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE
Nº. DA PROPOSTA: 11440.035000/1180-08****IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE**

CNPJ 11.440.035/0001-68	NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
Endereço Completo GETULIO VARGAS S/N CENTRO	EA MUNICIPAL	Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
CEP 77993000	UF TO	Município ESPERANTINA	

TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA

Recurso de Programa/Ação

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

Nome:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ESPERANTINA		
Tipo Unidade:	CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE		
CNPJ:	25.064.080/0001-70	CNES:	6578977
Endereço:	RUA GETULIO VARGAS - CENTRO, CEP:77993000		

OBJETO DA PROPOSTA

AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA

UNIDADE ASSISTIDA:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ESPERANTINA	CNES:	6578977
---------------------------	--	--------------	---------

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.

O MUNICÍPIO DE ESPERANTINA, LOCALIZADO NO EXTREMO NORTE DO ESTADO DO TOCANTINS E DISTANTE 760KM DA CAPITAL PALMAS, MAIS PRECISAMENTE NO TERRITÓRIO DA CIDADANIA DO BICO DO PAPAGAIO, CONTA COM UMA POPULAÇÃO DE 10.651 HABITANTES SENDO 4.862 VIVENDO NA ZONA RURAL (IBGE 2016) COM ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) 0,570 SEGUNDO /PNUD (2010). ATUALMENTE O MUNICÍPIO DE ESPERANTINA TEM EM SUA REDE DE SAÚDE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, COM 04 (QUATRO) EQUIPES DE PSF PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, COMPOSTA POR 04 MÉDICOS, 04 ENFERMEIROS, 18 TÉCNICOS EM ENFERMAGEM, 24 AGENTES DE SAÚDE SENDO 12 NA ZONA URBANA E 12 NA ZONA RURAL. TEMOS 02 EQUIPES DE SAÚDE BUCAL COM 02 CIRURGIÕES DENTISTAS E 02 ASB (AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL), TEMOS AINDA 09 AGENTES DE ENDEMIAS, 03 DIGITADORES, 04 RECEPCIONISTAS, 01 ATENDENTE DE FARMÁCIA BÁSICA E 06 MOTORISTAS. OS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERECIDOS NO MUNICÍPIO SÃO COMPLETAMENTE DEPENDENTES DO SUS, POIS NÃO EXISTE OFERTA DE SERVIÇOS NA REDE PRIVADA. OS PACIENTES COM CASOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE SÃO ENCAMINHADOS PARA LOCAL DE REFERÊNCIA, SENDO PALMAS/TO, ARAGUAÍNA/TO E IMPERATRIZ/MA, CIDADES ESTAS COM UMA DISTÂNCIA DE ATÉ 750 KM DA SEDE DO MUNICÍPIO DE ESPERANTINA. DENTRE OS PACIENTES ENCAMINHADOS A ESTES MUNICÍPIOS, OS MESMOS NECESSITAM DE ASSISTÊNCIA NOS CASOS DE: PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA (POR MEIO DOS PROCEDIMENTOS DE DIÁLISE); CIRURGIAS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS; PROCEDIMENTOS TRAUMATO-ORTOPÉDICOS; PATOLOGIA CLÍNICA; ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA; RADIODIAGNÓSTICO; DIAGNOSE; TERAPIAS ESPECIALIZADAS; PRÓTESES E ÓRTESES, E ETC. A AÇÃO DE ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, TEM COMO OBJETIVO A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO USUÁRIA DO SUS, BUSCANDO SEMPRE MELHORAR O ACESSO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFERECIDOS. COMO SOLUÇÃO ADVINDA, FAZ-SE NECESSÁRIO A AQUISIÇÃO DE 01 (UM) VEÍCULO ELETIVO TIPO VAN PARA SUPRIR AS NECESSIDADES DO TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DE FORMA HUMANIZADA E SEGURA. DÁ-SE PELA NECESSIDADE DE INVESTIMENTO MUNICIPAL NA SAÚDE DA POPULAÇÃO, CONSIDERANDO A AQUISIÇÃO, COMO FORMA DE GARANTIA DA INTEGRIDADE DA ATENÇÃO E CUIDADO, OS PARÂMETROS APLICADOS PARA DIMENSIONAR A PROGRAMAÇÃO DE TRANSPORTE/DIAS, SERÁ COM CRONOGRAMA ESPECÍFICO, DE ACORDO COM A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO DOS PACIENTES, SENDO SOMENTE NECESSÁRIO 01 (UM) VEÍCULO PARA O TRANSPORTE DOS MESMOS. O SERVIÇO IRÁ FUNCIONAR DE FORMA INTEGRADA COM TODA A REDE DE SAÚDE E COORDENADA PELO SERVIÇO DE REGULAÇÃO DO MUNICÍPIO, COM ISSO, VISAMOS À MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DO USUÁRIO DO SUS DE ESPERANTINA.

INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.

10651, 200

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 DE OUTRO ESTADO.

EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE			
UNIDADE ASSISTIDA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ESPERANTINA			
Ambiente: Garagem			
Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Micro-ônibus Urbano de Transporte Sanitário	1	242.000,00	242.000,00
Característica Física	Especificação		
OUTROS (ESPECIFICAR)	NÃO		
Especificação Técnica			
Micro-ônibus 0km com acessibilidade de acordo com as normas vigentes no período da aquisição, capacidade de no mínimo 20 passageiros; ar condicionado, sistema de TV visível para todos com Kit Multimídia, porta pacote; porta lado direito para embarque e desembarque; janelas com vidros móveis com guarnição; poltrona para motorista com deslocamento lateral; cinto de segurança abdominal para todas as poltronas, tomada de ar no teto com saída de emergência acoplada; vidro vigia na traseira; iluminação interna; motor diesel com no mínimo de 150 cv de potência e torque mínimo de 450 Nm (kgf.m); injeção eletrônica; mínimo 5 marchas a frente e 01 a ré; direção hidráulica ou elétrica; tacógrafo original de fábrica; freio a ar com ABS; Suspensão dianteira e traseira com mola parabólica ou trapezoidais e amortecedores telescópicos; PBT mínimo de 7 toneladas; tanque com capacidade mínima de 90 litros.			
Total	Qtd. Total	Valor Total (R\$)	
	1	242.000,00	

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS	
QTD. TOTAL	VALOR TOTAL (R\$)
1	242.000,00

DADOS BANCÁRIOS	
CÓDIGO	BANCO
104	CATXA ECONOMICA FEDERAL
AGÊNCIA	NOME
028126	ARAGUATINS/TO
ENDEREÇO	
RUA ALVARES DE AZEVEDO, QD. 55, LOTES 25 CENTRO CEP:77950000	

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA
Termo de Compromisso Transporte Eletivo - Termo de Compromisso.pdf Modelo Declaração do Gestor - Declaração do Gestor.pdf