MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE
Nº. DA PROPOSTA: 11372.183000/1180-06

IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE			
CNPJ 11.372.183/0001-92	**NOME DO FUNDO DE SAÚDE** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITACAJA		
Endereço Completo COSTA E SILVA CENTRO		**EA** MUNICIPAL	**Tipo** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CEP 77720000	**UF** TO	**Município** ITACAJA	

TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA
Recurso de Emenda Parlamentar 36950003 - R$ 170.000,00 - JOSI NUNES

DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)			
Nome:	**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ITACAJA**		
Tipo Unidade:	**CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE**		
CNPJ:	02.411.726/0001-42	**CNES:**	**6424538**
Endereço:	RUA COSTA E SILVA SECRETARIA MUNICIPAL - CENTRO, CEP:77720000		

OBJETO DA PROPOSTA
AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA			
UNIDADE ASSISTIDA:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ITACAJA	**CNES:** *	6424538
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 MUNICIPIOS ADSCRITOS.			
O MUNICÍPIO ITACAJÁ - TO, IBGE 171050, PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE QUE TEM CNPJ 11372183000192 E ASSUME O COMPROMISSO DE EXECUTAR O RECURSO FINANCEIRO NO VALOR DE R$ 195,000.00 PARA A AQUISIÇÃO DE AMBULÂNCIA TIPO A, ABAIXO RELACIONADA. A AMBULÂNCIA TIPO A SERÁ DESTINADA 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 VEICULOS 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.			
INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.			
7456, 7456			
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?
NÃO
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 ITACAJA			
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, 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 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 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$)**	
	1	**170.000,00**	

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS	
QTD. TOTAL	**VALOR TOTAL (R$)**
1	**170.000,00**

DADOS BANCÁRIOS	
CÓDIGO	**BANCO**
001	BANCO DO BRASIL S.A.
AGÊNCIA	**NOME**
015954	PEDRO AFONSO
ENDEREÇO	
R.BENJAMIM CONSTANT,588, ESQ.C/R.GUIMARAES NATAL CENTRO CEP:77710000	

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA
Outros documentos para a Proposta - Termo de Compromisso - Saude- Itacajá 2018.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE	PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE Nº. DA PROPOSTA: 11372.183000/1180-06

IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE			
CNPJ 11.372.183/0001-92	**NOME DO FUNDO DE SAÚDE** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITACAJA		
Endereço Completo COSTA E SILVA CENTRO		**EA** MUNICIPAL	**Tipo** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CEP 77720000	**UF** TO	**Município** ITACAJA	

PARECER TÉCNICO		
Tipo	**Situação**	**Data**
PARECER TECNICO	DILIGENCIA	19/03/2018 15:49:35

PARECER DE MÉRITO Para emissão de parecer conclusivo, solicita-se adequação da proposta nos itens abaixo identificados: x Incluir na justificativa demonstrativo de necessidade do transporte com justificativa de implantação ou qualificação do serviço para pacientes com necessidade de transporte em decúbito horizontal sem risco. x Incluir na justificativa Programação do transporte em Ambulância tipo A determinada pela necessidade diária e mensal de atendimentos x Incluir na justificativa a informação dos municipios de referencia e contra referencia. x ANEXAR TERMO DE COMPROMISSO ASSINADO PELO GESTOR LOCAL ASSEGURANDO O CUSTEIO E A MANUTENÇÃO DO PLENO FUNCIONAMENTO DO VEÍCULO PARA OS OBJETIVOS PROPOSTOS - APRESENTAR DOCUMENTO CONFORME MODELO DISPONIBILIZADO NESTE PARECER x ANEXAR DECLARAÇÃO ASSINADA PELO GESTOR LOCAL DESCREVENDO A NECESSIDADE DO VEÍCULO AMBULÂNCIA TIPO A PARA IMPLANTAÇÃO OU QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTES EM DECÚBITO HORIZONTAL SEM RISCO - APRESENTAR DOCUMENTO CONFORME MODELO DISPONIBILIZADO NESTE PARECER OBS. - RESSALTA-SE QUE A AMBULANCIA TIPO A DESTINA-SE A TRANSPORTE ELETIVO E PROGRAMANDO, NÃO SENDO DESTINADA AO TRANSPORTE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OU DE PACIENTES COM RISCO MODELO 1 - TERMO DE COMPROMISSO MODELO EM PAPEL TIMBRADO DO (ESTADO/MUNICÍPIO/DISTRITO FEDERAL), ASSINADO PELO GESTOR. 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. Cidade - UF, (dia) de (mês) de (ano). (Assinatura do Gestor) Nome do gestor Cargo do Gestor OBS1: Deve ser assinado pelo gestor e digitalizado em PDF para ser enviado ao MS. MODELO 2 - DECLARAÇÃO DO GESTOR MODELO EM PAPEL TIMBRADO DO (ESTADO/MUNICÍPIO/DISTRITO FEDERAL), ASSINADO PELO GESTOR. DECLARAÇÃO DO GESTOR Conforme exigência do artigo 5º inciso I da Portaria GM/MS nº. 2.214, de 31 de agosto de 2017 , o proponente (Estado, Município ou Distrito Federal) declara, junto ao Ministério da Saúde, que necessita do veículo Ambulância tipo A para (implantação ou qualificação) do serviço de transporte de pacientes em decúbito horizontal sem risco, considerando a estimativa de (quantitativo de pacientes com necessidade de transporte em decúbito horizontal sem risco) e a Programação do transporte em Ambulância tipo A determinada pela necessidade diária de (quantitativo de atendimentos por dia) e mensal de (quantitativo de atendimentos por mês). Declaro ainda que o (s) município (s) (descrever os municípios) é (são) referência (s) hospitalar e ambulatorial conforme pactuação regional. Cidade - UF, (dia) de (mês) de (ano). (Assinatura do Gestor) Nome do gestor Cargo do Gestor OBS1: Deve ser assinado pelo gestor e digitalizado em PDF para ser enviado ao MS. OBS2: Colocar número de telefone e e-mail para contato.
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGENCIA COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR DÚVIDAS 61. 3315-6173

DANIELLE TOLOCZKO DUTRA

Telefone: (61)33156142