

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE Nº. PROPOSTA:
13108.698000/1190-04

IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

CNPJ 13.108.698/0001-05	Nome do Fundo de Saúde FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE PARANA TOCANTINS	
Endereço Completo PADRE PEDROCILIO S GUEDES CENTRO	Esfera Administrativa MUNICIPAL	Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CEP 77360-000	UF TO	Município PARANA

Parecer**Tipo: PARECER TECNICO****Situação: DILIGENCIA****Data: 23/04/2019**

Para emissão de parecer conclusivo, solicitam-se as seguintes adequações na proposta apresentada:

Tendo em vista que alguns equipamentos solicitados só podem ser para implantação/ampliação ou substituição, faz-se necessario encaminhar LAUDO ou CIB.

- Em caso de substituição, Anexar LAUDO TÉCNICO DE OBSOLESCÊNCIA referente ao equipamento (SOLICITADOS) que se pretende substituir contendo MARCA, MODELO E NÚMERO DE SÉRIE OU PATRIMÔNIO assinado pelo engenheiro clínico ou PROFISSIONAL RESPONSÁVEL pela manutenção preventiva dos equipamentos do hospital.

- Em caso de IMPLANTAÇÃO ou AMPLIAÇÃO de serviço - apresentar manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB com VALIDADE máxima de 6 meses, especificando os serviços e os leitos que serão ampliados ou implantados.

- Anexar DECLARAÇÃO DE DEMANDA REPRIMIDA devidamente assinada pelo responsável.

IMPORTANTE: Ajustar a DILIGÊNCIA o mais rápido possível considerando-se os prazos vigentes para execução de propostas.

DÚVIDAS:

- Para dúvidas relacionadas a problemas com o SISTEMA: 08006448001.
- Coordenação Geral de Atenção Hospitalar: 3315.6173

DENIO HENRIQUE DE SOUZA**Tipo: PARECER TECNICO****Situação: DILIGENCIA****Data: 28/03/2019**

Parecer

Para emissão de parecer conclusivo, solicitam-se as seguintes adequações na proposta apresentada:

- Informar na JUSTIFICATIVA a necessidade dos equipamentos solicitados;
- Descrever na JUSTIFICATIVA os objetivos específicos da proposta;
- Informar quais serviços serão AMPLIADOS, indicando o QUANTITATIVO DE LEITOS, SALAS e RECURSOS HUMANOS capacitados que serão disponibilizados em razão do serviço ampliado;
- Anexar LAUDO TÉCNICO DE OBSOLESCÊNCIA referente ao equipamento (SOLICITADOS) que se pretende substituir contendo MARCA, MODELO E NÚMERO DE SÉRIE OU PATRIMÔNIO assinado pelo engenheiro clínico ou PROFISSIONAL RESPONSÁVEL pela manutenção preventiva dos equipamentos do hospital.
- Em caso de IMPLANTAÇÃO ou AMPLIAÇÃO de serviço - apresentar manifestação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB com VALIDADE máxima de 6 meses, especificando os serviços e os leitos que serão ampliados ou implantados.
- Anexar DECLARAÇÃO DE DEMANDA REPRIMIDA devidamente assinada pelo responsável.

IMPORTANTE: Ajustar a DILIGÊNCIA o mais rápido possível considerando-se os prazos vigentes para execução de propostas.

DÚVIDAS:

- Para dúvidas relacionadas a problemas com o SISTEMA: 08006448001.
- Coordenação Geral de Atenção Hospitalar: 3315.6173

DENIO HENRIQUE DE SOUZA