



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

RESOLUÇÃO – CIB/TO N.º 179, de 22 de outubro de 2020.

Dispõe sobre a Proposta de Projeto N.º 13849.028000/1200-12 para Aquisição de Equipamentos/Materiais Permanentes para o Hospital Regional de Guaraí - TO, do Estado do Tocantins, referente à 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 na 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 referida proposta, feito pelo Fundo Estadual de Saúde do Tocantins - TO;

Considerando a análise, discussão da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 22 dias do mês de outubro do ano de 2020.

RESOLVE:

Art. 1º - Homologar a Proposta de Projeto N.º 13849.028000/1200-12 para Aquisição de Equipamentos/Materiais Permanentes para o Hospital Regional de Guaraí - TO, do Estado do Tocantins, referente à Recurso de Programa/Ação do Ministério da Saúde, no valor R\$169.826,00 (cento e sessenta e nove mil e oitocentos e vinte e seis reais).

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

(ASSINATURA DIGITAL)
LUIZ EDGAR LEÃO TOLINI
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



MINISTÉRIO DA SAÚDE	PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE Nº. DA PROPOSTA: 13849.028000/1200-12
--------------------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE			
CNPJ 13.849.028/0001-40	NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO ESTADUAL DE SAUDE DO TOCANTINS		
Endereço Completo AV NS 01, PRACA DOS GIRASSOIS PLANO DIRETOR SUL	EA ESTADUAL	Tipo FUNDO ESTADUAL DE SAUDE	
CEP 77.015-007	UF TO	Município PALMAS	

TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA
Recurso de Programa/Ação

DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)			
Nome:	HOSPITAL REGIONAL DE GUARAI		
Tipo Unidade:	HOSPITAL GERAL		
CNPJ:	CNES:	2765640	
Endereço:	RUA 03 - CENTRO, CEP:77700000		

OBJETO DA PROPOSTA
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA			
UNIDADE ASSISTIDA:	HOSPITAL REGIONAL DE GUARAI	CNES:	2765640
INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.			
PÓLO REGIONAL			
INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR.			
AMPLIAÇÃO DO ACESSO POR DEMANDA REPRIMIDA			
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.			
<p>OBJETIVO DESTA AQUISIÇÃO É IMPLANTAR O SERVIÇO DE TRIAGEM AUDITIVA NESTA UNIDADE HOSPITALAR, REALIZANDO ASSIM A TRIAGEM PRECOCE DOS RECÉM NASCIDOS, UMA VEZ QUE A UNIDADE HOSPITALAR NÃO DISPÕE DO APARELHO. ABRANGÊNCIA DO HOSPITAL: CERRADO DO TOCANTINS E ATENDE OS SEGUINTE MUNICÍPIOS: ARAPOEMA; BANDEIRANTES; BERNARDO SAYÃO; BOM JESUS; BRASILÂNDIA; CENTENÁRIO; COLINAS; COLMÉIA; COUTO MAGALHÃES; GOIANORTE; GUARÁI; ITACAJÁ; ITAPIRATINS; ITAPORÁ; JUARINA; PALMEIRANTE; PEDRO AFONSO; PEQUIZEIRO; PRESIDENTE KENNEDY; RECURSOLÂNDIA; SANTA MARIA; TUPIRAMA; TUPIRATINS; COMPOSIÇÃO DA EQUIPE POSSUI FONOAUDIÓLOGO: SIM; INFORMAMOS QUE EM 2019 FORAM REALIZADOS 667 PARTOS, DE JANEIRO A MAIO DE 2020 JÁ FORAM 304, MÉDIA DE 60 POR MÊS ATUALMENTE NÃO HÁ O NÚMERO DE ATENDIMENTO EM TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL POR NÃO DISPOR DO SERVIÇO. ASSIM QUE FOR IMPLANTADO A META É DE 100% DE NASCIDOS VIVOS. NO HOSPITAL REGIONAL DE GUARÁI POSSUÍMOS 03 FONOAUDIÓLOGOS APTOS A REALIZAR O TESTE DA ORELHINHA (TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL). O FLUXO DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL SEGUIE DA SEGUINTE FORMA: APÓS O NASCIMENTO REALIZAÇÃO DO EXAME DEVE SER ENTRE O 1º E O 2º DIA DE VIDA DO BEBÊ, EM CASO DE INTERNAÇÃO APÓS O NASCIMENTO, OU NASCIMENTO FORA DE MATERNIDADE, REALIZAR ATÉ 30º DIA DE VIDA DO BEBÊ. EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA OS NEONATOS E LACTENTES COM INDICADOR DE RISCO UTILIZA-SE POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFÁLICO TRIAGEM, EM CASO DE FALHA É REALIZADO O RE-TESTE IMEDIATO: COM EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS-EOAE, APÓS 2 FALHAS COM EOAE: O EXAME É REALIZADO COM O POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFÁLICO TRIAGEM. DANDO RESULTADO POSITIVO PARA A PERDA AUDITIVA ESSE PACIENTE SERÁ DIRECIONADO AO À UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GUARÁI, COMO É LOCALIZADO NA REGIÃO DE SAÚDE DO CERRADO DO TOCANTINS, ELE SERÁ DIRECIONADO AO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DA APAE DE COLINAS CER II APAE COLINAS- QUE É HABILITADO NA MODALIDADE AUDITIVA E INTELCTUAL ONDE SERÃO FEITO TODOS OS EXAMES COMPLEMENTARES PARA O DIAGNÓSTICO E O PACIENTE SERÁ ASSISTIDO E SERÁ FEITA A SUA REABILITAÇÃO E INCLUSÃO NA REDE CONFORME RESOLUÇÃO CIB 003/2016.</p>			
INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.			
25677			
INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO.			
119122			
EXISTEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO E EMISSÃO DE LAUDO?			
EM CONDIÇÕES DE RECEBER O EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE			

INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA.

SIM

EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE**UNIDADE ASSISTIDA: HOSPITAL REGIONAL DE GUARAI****Ambiente: Enfermaria de Lactentes**

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Emissões Otoacústicas Triagem	3	28.546,00	85.638,00

Característica Física	Especificação
ESPECIFICAR	SIM

Especificação Técnica

Equipamento portátil e automático realiza teste com os seguintes módulos: Produto de Distorção e Transiente . Deve apresentar sistema passa/falha, faixa de frequência, faixa de intensidade de estímulo, saída máxima. Deve possuir memória para no mínimo 200 exames e realizar a impressão do resultado. Deve acompanhar o aparelho conjunto de olivas de vários tamanhos, software, bateria recarregável e maleta para transporte.

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Otoscópio Simples	3	1.456,00	4.368,00

Característica Física	Especificação
------------------------------	----------------------

ILUMINAÇÃO	FIBRA OPTICA / LED
------------	--------------------

COMPOSIÇÃO	5 A 10 ESPECULOS REUTILIZÁVEIS
------------	--------------------------------

Especificação Técnica

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
BERA Triagem	2	39.910,00	79.820,00

Característica Física	Especificação
------------------------------	----------------------

ESPECIFICAR	SIM
-------------	-----

Especificação Técnica

Equipamento que realiza teste ABR automatizado e possui sistema passa/falha; memória; software. Deve acompanhar o equipamento no mínimo os seguintes acessórios: eletrodos, conjunto de olivas de vários tamanhos, cabos para comunicação para computadores.

Total	Qtd. Total	Valor Total (R\$)
	8	169.826,00

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS

QTD. TOTAL	VALOR TOTAL (R\$)
8	169.826,00

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA

Outros documentos para a Proposta - RESOLUÇÃO CIB Nº 003 2016 FLUXOS.pdf