MINISTÉRIO DA SAÚDE	PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE Nº. DA PROPOSTA: 11377.586000/1200-01

IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE			
CNPJ 11.377.586/0001-24	**NOME DO FUNDO DE SAÚDE** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE		
Endereço Completo PRESIDENTE VARGAS CENTRO		**EA** MUNICIPAL	**Tipo** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CEP 78.835-000	**UF** MT	**Município** SAO PEDRO DA CIPA	

TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA
Recurso de Emenda Parlamentar ds_objeto:AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE 40610008 - R$ 225.000,00 - PROFESSORA ROSA NEIDE

DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)			
Nome:	**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO PEDRO DA CIPA**		
Tipo Unidade:	**CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE**		
CNPJ:		**CNES:**	**6506682**
Endereço:	AVENIDA PRESIDENTE VARGAS - CENTRO, CEP:78835000		

OBJETO DA PROPOSTA
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA			
UNIDADE ASSISTIDA:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO PEDRO DA CIPA	**CNES:**	6506682
INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.			
ADSCRITO			
INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR.			
DESGASTE DE VIDA ÚTIL DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE			
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 MUNÍCIPIOS ADSCRITOS.			
A AQUISIÇÃO DESTE EQUIPAMENTO VAI ATENDER AS DEMANDAS DOS CLIENTES DESTE MUNICÍPIO AO MESMO TEMPO EM QUE AMPLIA A OFERTA DE SERVIÇOS NA ÁREA AS SAÚDE, GERANDO ASSIM MAIS QUALIDADE DE VIDA PARA NOSSA POPULAÇÃO. NA OCASIÃO, JUSTIFICA-SE TAL SOLICITAÇÃO DEVIDO AO O MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DA CIPA/MT LOCALIZA-SE A 150,7 KM DE DISTÂNCIA DA CAPITAL E POSSUI 4.727 HABITANTES SUSCEPTÍVEIS A UTILIZAR OS SERVIÇOS DE TRANSPORTE, DESTINADO AO TRANSPORTE EM DECÚBITO HORIZONTAL DE PACIENTES QUE NÃO APRESENTAM RISCO DE VIDA, PARA REMOÇÕES SIMPLES E DE CARÁTER ELETIVO. PÚBLICO ALVO ¿ PACIENTES QUE APRESENTEM QUADRO DE MOBILIDADE NULA OU REDUZIDA, PERMANENTE OU TEMPORÁRIA; PACIENTES AGENDADOS PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO MUNICÍPIO EM INSTITUIÇÕES FORA DO MUNICÍPIO, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS TERAPÊUTICOS PRÉ-AGENDADOS. ATUALMENTE A DEMANDA DE ATENDIMENTO PARA TRANSPORTE EM VEÍCULO AMBULÂNCIA TIPO A É DE 30 PACIENTES POR SEMANA. PACTUAÇÃO REGIONAL ¿ O MUNICÍPIO TEM COMO REFERÊNCIA JACIARA, CUIABÁ, RONDONÓPOLIS E PRIMAVERA DO LESTE. A PACTUAÇÃO QUE ESTABELECE AS REFERÊNCIAS PARA ATENÇÃO HOSPITALAR E ESPECIALIZADA. AS DISTÂNCIAS APROXIMADAS PARA AS PACTUAÇÕES NOS MUNICÍPIOS SÃO: JACIARA (8,8 KM), CUIABÁ (150,7 KM), RONDONÓPOLIS (64,0 KM) E PRIMAVERA DO LESTE (129 KM).			
INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.			
4727			
INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO.			
4000			
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: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO PEDRO DA CIPA			
Ambiente: Garagem			
Nome do Equipamento	**Qtd.**	**Valor unitário (R$)**	**Valor total (R$)**
Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo Furgão	1	225.000,00	225.000,00

Característica Física	Especificação
ESPECIFICAR	NÃO

Especificação Técnica

Veículo furgão original de fábrica, 0 km, adap. p/ AMB SIMPLES REMOÇÃO, com cap. Vol. não inferior a 7 metros cúbicos no total. Compr. total mín. 4.740 mm; Comp. mín. do salão de atend.2.500 mm; Al. Int. mín. do salão de atend. 1.540 mm; Diesel; Equipado c/ todos os equip. de série não especificados e exigidos pelo CONTRAN; A estrutura da cabine e da carroceria será original, construída em aço. O painel elétrico interno, deverá possuir 2 tomadas p/ 12V (DC). As tomadas elétricas deverão manter uma dist. mín. de 31 cm de qualquer tomada de Oxigênio. A ilum. do comp. de atend. deve ser de 2 tipos: Natural e Artificial, deverá ser feita por no mín. 4 luminárias, instaladas no teto, c/ diâmetro mín. de 150 mm, em base estampada em alumino ou injetada em plástico em modelo LED. A iluminação ext. deverá contar c/ holofote tipo farol articulado reg. manualmente na parte traseira da carroceria, c/ acionamento independente e foco direcional ajustável 180º na vertical. Possuir 1 sinalizador principal do tipo barra linear ou em formato de arco ou similar, c/ módulo único; 2 sinalizadores na parte traseira da AMB na cor vermelha, c/ freq. Mín. de 90 flashes por minuto, quando acionado c/ lente injetada de policarbonato. Podendo utilizar um dos conceitos de Led. Sinalizador acústico c/ amplificador de pot. Mín. de 100 W RMS @13,8 Vcc, mín. de 3 tons distintos, sist. de megafone c/ ajuste de ganho e pressão sonora a 1 m. de no mín. 100 dB @13,8 Vcc; Sist. de rádio-comunicação em contato permanente com a central reguladora. Sist. fixo de Oxigênio (rede integrada): contendo 1 cilindro de oxigênio de no mín. 16l. Em suporte individual, com cintas reguláveis e mecanismo confiável resistente a vibrações, trepidações e/ou capotamentos, possibilitando receber cilindros de capacidade diferentes, equipado c/ válvula pré-regulada p/ 3,5 a 4,0 kgf/cm2 e manômetro; Na região da bancada, possui uma régua e fluxômetro, umidificador p/ O2 e aspirador tipo venturi, c/ roscas padrão ABNT. Conexões IN/OUT normatizadas pela ABNT. A climatização do salão deverá permitir o resfr/aquec. O compart. do motorista deverá ser fornecido c/ o sist. original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica p/ ar condicionado, ventilação, aquecedor e desembaçador. P/ o compart. paciente, deverá ser fornecido original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um sist. de Ar Condicionado, c/ aquecimento e ventilação tipo exaustão lateral nos termos do item 5.12 da NBR 14.561. Sua capacidade térmica deverá ser com mín. de 25.000 BTUs e unidade condensadora de teto. Maca retrátil, com no mín. 1.900 mm de compr., com a cabeceira voltada para frente; c/ pés dobráveis, sist. escamoteável; provida de rodízios, 3 cintos de segurança fixos, que permitam perfeita segurança e desengate rápido. Acompanham: colchonete. Balaústre, com 2 pega-mão no teto do salão de atendimento. Ambos posicionados próximos às bordas da maca, sentido traseira-frente do veículo. Confeccionado em alumínio de no mín. 1 polegada de diâmetro, com 3 pontos de fixação no teto, instalados sobre o eixo longitudinal do comp. através de parafusos e c/ 2 sist. de suporte de soro deslizável, devendo possuir 02 ganchos cada para frascos de soro. Piso: ser resistente a tráfego pesado, revestido com material tipo vinil ou PRFV (plástico resistente de fibra de vidro) ou similar em cor clara, de alta resistência, lavável, impermeável e antiderrapante. Armário em um só lado da viatura (lado esquerdo). As portas dotadas de trinco para impedir a abertura espontânea das mesmas durante o deslocamento. Armário tipo bancada para acomodação de equipamentos com batente frontal de 50 mm, para apoio de equipamentos e medicamentos, com aproxim. 1 m de comprimento por 0,40 m de profundidade, com uma altura de 0,70 m; Fornecimento de vinil adesivo para grafismo do veículo, composto por (cruzes) e palavra (ambulância) no capô, vidros laterais e traseiros; bem como, as marcas do Governo Federal, SUS e Ministério da Saúde.

	Qtd. Total	Valor Total (R$)
Total	**1**	**225.000,00**

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS	
QTD. TOTAL	**VALOR TOTAL (R$)**
1	**225.000,00**

DADOS BANCÁRIOS	
CÓDIGO	**BANCO**
104	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGÊNCIA	**NOME**
012483	JACIARA
ENDEREÇO	
AV. ANTONIO F. SOBRINHO, 985 CENTRO CEP:78.820-000	

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA
Modelo Declaração do Gestor - declaração do gestor.pdf
Termo de Compromisso Ambulância - termo de compromisso.pdf
Outros documentos para a Proposta - Relatório de transporte de pacientes.pdf
Outros documentos para a Proposta - DECLARAÇÃO DO GESTOR AMBULÂNCIA TIPO A.pdf
Outros documentos para a Proposta - TERMO DE COMPROMISSO AMBULÂNCIA TIPO A.pdf

SD