


**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**
**PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE
Nº. DA PROPOSTA: 11291.166000/1200-02**
IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE

CNPJ 11.291.166/0001-20	NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAITUBA	
Endereço Completo SAGRADO CORACAO DE JESUS BOA ESPERANCA	EA MUNICIPAL	Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CEP 68.182-201	UF PA	Município ITAITUBA

TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA

 Recurso de Emenda Parlamentar
 ds_objeto:AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE
 33390003 - R\$ 180.000,00 - HÉLIO LEITE

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

Nome:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAITUBA		
Tipo Unidade:	CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE		
CNPJ:	CNES:	6387713	
Endereço:	AVENIDA MARECHAL RONDON - BOA ESPERANCA, CEP:68180010		

OBJETO DA PROPOSTA

AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA

UNIDADE ASSISTIDA:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAITUBA	CNES:	6387713
---------------------------	---	--------------	---------

INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.

MICRORREGIÃO

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.

HONRADO EM CUMPRIMENTÁ-LOS, VENHO ATRAVÉS DO PRESENTE JUSTIFICAR A NECESSIDADE DE AQUISIÇÃO DE UMA AMBULÂNCIA TIPO A - REMOÇÃO SIMPLES ELETIVA, NO EXERCÍCIO DE 2020 PARA QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTES EM DECÚBITO HORIZONTAL SEM RISCO, PARA ATENDER AS NECESSIDADES DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA, BEM COMO DOS MUNICÍPIOS DE TRAIRÃO, AVEIRO, NOVO PROGRESSO, RURÓPOLIS E JACAREACANGA, CONFORME PACTUAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E ESPECIALIZADA. CONSIDERANDO A LEI NÚMERO 8.080/90 QUE DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES PARA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, ASSIM COMO O REGULAMETANDO O CAPÍTULO ESPECÍFICO DA SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. CONSIDERANDO QUE AS UNIDADES DE FEDERAÇÃO, QUE NÃO QUALIFICADAS NA SUA TOTALIDADE, POSSUEM SERVIÇOS DE TRANSPORTES DE SAÚDE IMPLANTADOS COM RECURSOS E REGRAS PRÓPRIAS; NESTE DIAPASÃO FOI EDITADA NA PORTARIA GM/MS 2.214, DE 31 DE AGOSTO DE 2017 QUE REGULAMENTA A APLICAÇÃO DE RECURSOS POR PROGRAMAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE AMBULÂNCIA TIPO A. CONSIDERANDO A EXTENSÃO TERRITORIAL DO PAÍS QUE IMPÕE DISTÂNCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE OS MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO HOSPITALAR ESPECIALIZADA E DE ALTA COMPLEXIDADE; NECESSITANDO PORTANDO, DE TRANSPORTES QUALIFICADOS QUE ATENDAM TAIS NECESSIDADES, ALÉM DO DESLOCAMENTO PROGRAMADO NO PRÓPRIO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA OU PARA OUTROS MUNICÍPIOS NAS REGIÕES DE SAÚDE DE REFERÊNCIA, CONFORME PACTUAÇÃO E ARTICULAÇÃO COM AS ESTRUTURAS DE REGULAÇÃO DE ACESSO, CASO DE ALTA OU INTERNAÇÕES HOSPITALARES, ATENDIMENTOS DOMICILIARES E PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS NA REDE DE ATENÇÃO DE SAÚDE. CONSIDERANDO A POPULAÇÃO DE ITAITUBA QUE É PRATICAMENTE DEPENDENTE DO SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, E QUE O MUNICÍPIO DE ITAITUBA/PA ABRANGE A REGIÃO AMAZÔNICA, A REGIÃO GARIMPEIRA E OS GRANDES PORTOS DO DISTRITO DE MIRITUBA, ONDE HÁ UMA ROTATIVIDADE GRANDE DE PESSOAS, SENDO FREQUENTES OS DESLOCAMENTOS DE PACIENTES DENTRO E FORA DO LIMITE DO MUNICÍPIO PARA REALIZAR SEUS TRATAMENTOS MÉDICOS, DOS QUAIS DEPENDEM DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (DESLOCAMENTO DE AMBULÂNCIA). CONSIDERANDO QUE SÃO TRANSPORTADOS APROXIMADAMENTE 10 (DEZ) PACIENTES/DIA E 300 (TREZENTOS) PACIENTES /MÊS PARA PROCEDIMENTOS ELETIVOS. JUSTIFICA-SE A NECESSIDADE DO MUNICÍPIO DE ITAITUBA/PA, EM ADQUIRIR 01 (UMA) AMBULÂNCIA TIPO A, CONFORME O DISCRIMINADO, PARA FAZER O TRANSPORTE DOS PACIENTES EM ATENDIMENTOS ELETIVOS.

INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.

101247

INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO.

101247

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 ITAITUBA			
Ambiente: Garagem			
Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo pick-up 4x4	1	180.000,00	180.000,00
Característica Física	Especificação		
ESPECIFICAR	NÃO		
Especificação Técnica			
<p>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, conexão em dur alumínio; 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.</p>			
Total	Qtd. Total	Valor Total (R\$)	
	1	180.000,00	

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS	
QTD. TOTAL	VALOR TOTAL (R\$)
1	180.000,00

DADOS BANCÁRIOS	
CÓDIGO	BANCO
104	CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGÊNCIA	NOME
005525	ITAITUBA
ENDEREÇO	
RUA DR. HUGO DE MENDONCA, 221 CENTRO CEP:68.180-000	

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA
Modelo Declaração do Gestor - DECLARAÇÃO DO GESTOR AMBU TIPO A-convertido1.pdf
Termo de Compromisso Ambulância - TERM COMPR AMBU TIPO A4.pdf
Outros documentos para a Proposta - TRANSPORTE PACIENTES AMBULANCIA2.pdf