

**MINISTÉRIO
DA SAÚDE****PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE
Nº. DA PROPOSTA: 11291.166000/1170-09****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 Programa/Ação

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

| | | | |
|----------------------|---|--------------|---------|
| Nome: | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ITAITUBA | | |
| Tipo Unidade: | CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE | | |
| CNPJ: | 05.138.730/0001-77 | CNES: | 6387713 |
| Endereço: | AVENIDA MARECHAL RONDON - BOA ESPERANCA, CEP:68180010 | | |

OBJETO DA PROPOSTA

AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA

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

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 Furgão | 1 | 170.000,00 | 170.000,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| ESPECIFICAR | NÃO | | |
| Especificação Técnica | | | |
| <p>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.o 2.500 mm; Al. Int. mín. do salão de atend. 1.540 mm; Diesel; Equipado com 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, com diâmetro mín. de 150 mm, em base estampada em alumínio ou injetada em plástico em modelo LED. A iluminação ext. deverá contar com holofote tipo farol articulado reg. manualmente na parte traseira da carroceria, c/ acionamento independente e foco direcional ajustável 180º na vertical. Deverá possuir 1 sinalizador principal do tipo barra linear ou em formato de arco ou similar, com módulo único; 2 sinalizadores na parte traseira da AMB na cor vermelha, com freq. Mín. de 90 flashes por minuto, quando acionado com lente injetada de policarbonato. Podendo utilizar um dos conceitos de Led. Sinalizador acústico c/ amplificador de pot. mínima 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. 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 com válvula pré-regulada p/ 3,5 a 4,0 kgf/cm2 e manômetro; Na região da bancada, deverá existir uma régua e possuir: 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 resfri/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 26.000 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: Deverá ter 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 mínimo 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: Deverá ser resistente a tráfego pesado, revestido com material tipo vinil ou similar em cor clara, de alta resistência, lavável, impermeável, antiderrapante mesmo quando molhado. Armário: Armário em um só lado da viatura (lado esquerdo). As portas devem ser dotadas de trinco para impedir a abertura espontânea das mesmas durante o deslocamento. Deverá possuir um armário tipo bancada para acomodação de equipamentos com batente frontal de 50 mm, para apoio de equipamentos e medicamentos, com aproximadamente 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 vidros traseiros; Bem como, as marcas do Governo Federal.</p> | | | |
| 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**

104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA NOME

005525 ITAITUBA

ENDEREÇO

RUA DR. HUGO DE MENDONCA, 221 CENTRO CEP:68.180-000

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA

Outros documentos para a Proposta - Docs declaraçãoe Ambulancia.pdf
Modelo Declaração do Gestor - Docs declaraçãoe Ambulancia.pdf
Termo de Compromisso Ambulância - Docs declaraçãoe Ambulancia.pdf
Outros documentos para a Proposta - Justificativa.pdf