



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.401.857/0001-30

JUSTIFICATIVA PARA AQUISIÇÃO DE AMBULANCIA
TIPO-A

Tal solicitação, tem por objetivo atender os munícipes de Monte Alegre, visto que o serviço de transporte sanitário de pacientes vem crescendo a cada ano, sendo necessário adquirir nova Ambulância, para garantir traslado dos usuários atendidos no Hospital Municipal ou Maternidade Elmaza Sadeck, principalmente os casos de urgência. Salientamos que com a aquisição do referido bens descritos, proporcionará acesso aos serviços, humanização e melhorias na qualidade dos serviços oferecidos a população do município.

Visando minimizar esses problemas e implementar melhoria na oferta desses serviços, se faz necessário a aquisição de Ambulância tipo – A, para o suporte a rede de atenção da Secretaria de Saúde, objetos da Emenda Parlamentar Proposta nº 1504801712191908692, citados no Pedido de Bens e Serviços (PBS) em anexo.

Monte Alegre (PA), 01 de novembro de 2018.

.....
Raimundo Alves Barbosa Júnior
Secretário Municipal de Saúde
DECRETO Nº 358/2018-GAB/PMMA



Fundo Municipal de Saúde

**PEDIDO
DE BENS E SERVIÇOS**

(x) MATERIAL E OU EQUIPAMENTO
() SERVIÇO E OU OBRAS

Nº.

DATA
01/11/2018

Órgão Emissor

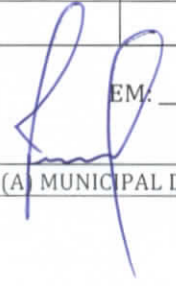
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Valor Estimativo:

RESERVADO AO
SETOR DE COMPRAS

ITEM	QTD	UND	DISCRIMINAÇÃO	Valor R\$
01	01	UND	AMBULÂNCIA TIPO A - SIMPLES REMOÇÃO TIPO FURGONETA ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA: Veículo tipo furgoneta c/ carroceria em aço ou monobloco e original de fábrica, 0 km, Air-Bag p/ os ocupantes da cabine, Freio c/ (A.B.S.) nas 4 rodas, modelo do ano da contratação ou do ano posterior, adaptado p/ ambulância de SIMPLES REMOÇÃO. Motor Dianteiro; 4 cilindros; Combustível = gasolina ou gasolina e/ou álcool misturados em qualquer proporção (flex); Potência mín de 85 cv; Tanque de Combustível: Capac. mín = 50 L. Freios e Suspensão. Equipamentos Obrigatórios exigidos pelo CONTRAN; Cabine/Carroceria: Portas em chapa, c/ revestimento interno em poliestireno, c/ fechos interno e externo, resistentes e de aberturas de fácil acionamento. Altura interna do veículo deve ser original de fábrica. O pneu estepe não deve ser acondicionado no salão de atendimento. Sist. Elétrico: Original do veículo, c/ montagem de bateria de no mín 60 Ah do tipo sem manutenção, 12 volts. O Sist. elétrico dimensionado p/ o emprego simultâneo de todos os itens especificados do veículo e equipamentos, quer c/ a viatura em movimento quer estacionada, sem risco de sobrecarga no alternador, fiação ou disjuntores. Iluminação: Natural e Artificial. Sinalizador Frontal Principal do tipo barra linear ou em formato de arco ou similar, c/ módulo único e lente inteira ou múltiplas lentes, c/ compr. mín de 1.000 mm e máx de 1.300 mm, largura mín de 250 mm e máx de 500 mm e altura mín de 55 mm e máx de 110 mm, instalada no teto da cabine do veículo. Laudo que comprove o atendimento à norma SAE J575, SAE J595 e SAE J845, no que se refere aos ensaios contra vibração, umidade, poeira, corrosão, deformação e fotometria classe 1, p/ o Sinalizador Luminoso Frontal Principal. Sinalização acústica c/ amplificador de potência mín de 100 W RMS @13,8 Vcc, mín de 3 tons distintos, Sist. de megafone c/ ajuste de ganho e pressão sonora a 01 (um) metro de no mín 100 dB @13,8 Vcc; Laudo que comprove o atendimento à norma SAE J1849, no que se refere a requisitos e diretrizes nos Sist. s de sirenes eletrônicas c/ um único autofalante. Sist. portátil de oxigênio completo, mín 3 L. A cabine deve ser c/ o Sist. original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica p/ ar Cond., ventilação, aquecedor e desembaçador. O compartimento do paciente, deve ser original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um Sist. de Ar Cond. e ventilação nos termos do item 5.12 da NBR 14.561. Ventilador oscilante no teto; A Capac. térmica do Sist. de Ar Cond. do Compartimento traseiro deve ser de no mín 15.000 BTUs. Maca retrátil, em duralumínio; c/ no mín 1.800 mm de compr. Provida de Sist. de elevação do tronco do paciente de mín 45 graus e suportar peso mín de 100 kg. Com colchonete. Deverão ser apresentados: Autorização de Funcionamento de Empresa do Fabricante e 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 devidamente credenciado. A distribuição dos móveis e equipamentos no salão de atendimento deve prever: Dimensionar o espaço interno, visando posicionar, de forma acessível e prática, a maca, bancos, equipamentos e aparelhos a serem utilizados no atendimento às vítimas. As paredes internas, piso e divisória deverão ser em plástico reforçado c/ fibra de vidro laminadas ou Acrilonitrila Butadieno Estireno auto-extinguível, ambos c/ espessura mín de 3mm, moldados conforme geometria do veículo, c/ a proteção antimicrobiana, tornando a superfície bacteriostática. Um suporte p/ soro e plasma; Um pega-mão ou balaústres vertical, junto a porta traseira esquerda, p/ auxiliar no embarque c/ acabamento na cor amarela. Armário superior p/ objetos, na lateral direita, acima da maca, em ABS auto-extinguível ou compensado naval revestido interna e externamente em material impermeável e lavável (fórmica ou similar). Fornecer de vinil adesivo p/ grafismo do veículo, composto por cruzes e palavra Ambulância no capô, vidros laterais e traseiros; e as marcas do Governo municipal, Federal, SUS e Ministério da Saúde. ~~~~~ OBS.: AQUISIÇÃO AMBULÂNCIA TIPO A - SIMPLES REMOÇÃO TIPO FURGONETE, PARA ASSISTIR AS NECESSIDADES DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, DESTE MUNICÍPIO. PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE AMBULÂNCIA. Nº DA PROPOSTA: 1504801712191908692	R\$: 80.000,00
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - AEMP/e-GESTOR				

Feito Por: Regina Souza

FORNECEDORES CONSULTADOS	ENDEREÇO	TELEFONE	CONTATO
1-			
2-			
3-			
EM: ____/____/201____  Regina Souza 8 de Novembro de 2014 COORDENADORA DE ATENÇÃO BÁSICA		EM: ____/____/201____  SECRETÁRIO (A) MUNICIPAL DE SAÚDE	

Detalhar Pagamento

De acordo com o Manual de Ordem Bancária da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), os valores repassados serão creditados em dois dias úteis após a data de emissão da Ordem Bancária para correntistas do Banco do Brasil. Para os demais bancos o prazo é de três dias úteis.

Ano	Tipo de consulta		Entidade
2018	Fundo a Fundo		FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CPF/CNPJ	Grupo		Ação
11.401.857/0001-30	ATENÇÃO ESPECIALIZADA		ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE
Ação Detalhada	UF		Município
ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE	PA		MONTE ALEGRE
	Código IBGE		População
	150480		57.900 habitantes
Ano Censo	Prefeito(a)		Data Inicial Gestão
2018	-		-

Secretário(a)

Presidente Conselho

-

Comp. /Parcela	Nº OB	Data OB	Tipo Repasse	Banco OB	Agência OB	Conta OB	Valor Total	Valor Desconto	Valor Líquido	Motivo Rejeição	Processo	Proposta	Nº Portaria	Aç
Única em 2018	815817	09/03/2018	MUNICIPAL	001	009490	0000311685	140.520,00	0,00	140.520,00		25000.041375/2018-98	11401857000117006	2628	
Única em 2018	815744	09/03/2018	MUNICIPAL	001	009490	0000311685	189.400,00	0,00	189.400,00		25000.041260/2018-01	11401857000117011	2729	
Única em 2018	816755	15/03/2018	MUNICIPAL	001	009490	0000311685	170.000,00	0,00	170.000,00		25000.045529/2018-11	11401857000117005	3474	
Única em 2018	825046	11/05/2018	MUNICIPAL	001	009490	0000311685	80.000,00	0,00	80.000,00		25000.082750/2018-50	1504801712191908692	3673	
Total							579.320,00	0,00	579.320,00					