

**MINISTÉRIO  
DA SAÚDE****PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE  
Nº. DA PROPOSTA: 12455.597000/1200-04****IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE**

|                                                    |                                                           |                                          |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>CNPJ</b><br>12.455.597/0001-48                  | <b>NOME DO FUNDO DE SAÚDE</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE |                                          |
| <b>Endereço Completo</b><br>DO AEROPORTO<br>KM -02 | <b>EA</b><br>MUNICIPAL                                    | <b>Tipo</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  |
| <b>CEP</b><br>68.524-000                           | <b>UF</b><br>PA                                           | <b>Município</b><br>ELDORADO DOS CARAJAS |

**TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA**

Recurso de Emenda Parlamentar  
ds\_objeto:AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE  
32600011 - R\$ 225.000,00 - JOSÉ PRIANTE

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

|                      |                                  |              |         |
|----------------------|----------------------------------|--------------|---------|
| <b>Nome:</b>         | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE    |              |         |
| <b>Tipo Unidade:</b> | CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE       |              |         |
| <b>CNPJ:</b>         |                                  | <b>CNES:</b> | 6563473 |
| <b>Endereço:</b>     | AV IGUACU - CENTRO, CEP:68524000 |              |         |

**OBJETO DA PROPOSTA**

AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE

**JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA**

|                           |                               |              |         |
|---------------------------|-------------------------------|--------------|---------|
| <b>UNIDADE ASSISTIDA:</b> | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE | <b>CNES:</b> | 6563473 |
|---------------------------|-------------------------------|--------------|---------|

**INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.**

SEDE DE MÓDULO

**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.**

O MUNICÍPIO DE ELDORADO DOS CARAJÁS, FICA SITUADO NO SUDESTE PARAENSE APROXIMADAMENTE UNS 700 KM DA CAPITAL BELÉM-PA, A SITUAÇÃO DA SAÚDE EM NOSSO MUNICÍPIO É DE EMERGÊNCIA, HOSPITAL MUNICIPAL DE ELDORADO DO CARAJAS, CADASTRADA NO CNES N.º 3003469, NA AVENIDA SÃO GERALDO NÚMERO 150, BAIRRO NOVO ELDORADO, ELDORADO DO CARAJÁS PARÁ, FONE (94) 991948656, NATUREZA ADMINISTRAÇÃO DIRETA DA SAÚDE (MS,SES E SMS), ATIVIDADE: AMBULATORIAL E HOSPITALAR; NÍVEL DE ATENÇÃO - ATENÇÃO BÁSICA E MÉDIA E COMPLEXIDADE; ATENDIMENTO: AMBULATORIAL, INTERNAÇÃO E CIRURGIAS DE PEQUENOS PORTES. SENDO QUE O FLUXO DE CLIENTELA E DE ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA. CONSULTA DE ESTABELECIMENTO 2 MÓDULO HOSPITALAR É CADASTRADO. LEITOS: DESCRIÇÃO LEITOS EXISTENTES / SUS. MUNICÍPIO DE ELDORADO DOS CARAJÁS/PA, DECLARA, JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE, QUE NECESSITA DO VEÍCULO AMBULÂNCIA TIPO A PARA QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE TRANSPORTE DE PACIENTES EM DECÚBITO HORIZONTAL SEM RISCO, CONSIDERANDO A ESTIMATIVA DE 28 PACIENTES COM NECESSIDADE DE TRANSPORTE EM DECÚBITO HORIZONTAL SEM RISCO E A PROGRAMAÇÃO DO TRANSPORTE EM AMBULÂNCIA TIPO A DETERMINADA PELA NECESSIDADE DIÁRIA DE 10 HÁ 12 ATENDIMENTOS E A NECESSIDADE MENSAL DE 340 ATENDIMENTOS. AS CIDADES PACTUADAS SÃO MARABÁ, PARAUAPEBAS, TUCURUI E BELÉM SÃO REFERÊNCIAS HOSPITALAR E AMBULATORIAL CONFORME PACTUAÇÃO REGIONAL.

**INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.**

43013

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

42000

**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****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 alumínio 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 180° 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/cm<sup>2</sup> e manômetro; Na região da bancada, possui uma régua e fluxômetro, umidificador p/ O<sub>2</sub> 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.

| Total | Qtd. Total | Valor Total (R\$) |
|-------|------------|-------------------|
|       | 1          | 225.000,00        |

**QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS**

| QTD. TOTAL | VALOR TOTAL (R\$) |
|------------|-------------------|
| 1          | 225.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS**

| CÓDIGO  | BANCO                |
|---------|----------------------|
| 001     | BANCO DO BRASIL S.A. |
| AGÊNCIA | NOME                 |
| 041408  | CURIONOPOLIS         |

**ENDEREÇO**

R.TUCUPI, 76 CENTRO CEP: 68.523-000

**DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA**

Outros documentos para a Proposta - DOC DA REGULAÇÃO.pdf  
 Modelo Declaração do Gestor - DECLARAÇÃO DO GESTOR AMBULÂNCIA TIPO A.jpg  
 Termo de Compromisso Ambulância - TERMO DE COMPROMISSO TIPO A.jpg





|                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| AGÊNCIA                           | NOME         |
| 041408                            | CURIONOPOLIS |
| ENDEREÇO                          |              |
| R.TUCUPI,76 CENTRO CEP:68.523-000 |              |