



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

1. SETOR DEMANDANTE

- 1.1. Órgão/Entidade: Fundo Municipal de Saúde
- 1.2. Unidade/Setor/Departamento: Secretaria Municipal de Saúde

2. RESPONSÁVEL PELA DEMANDA:

- 2.1. Nome: Francineide Marinho Aarão
- 2.2. Matrícula: 0010854
- 2.3. Telefone: (94) 99277-9999
- 2.4. E-Mail institucional: smssaude.af@gmail.com

11042

PREFEITURA MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
 PROTOCOLO GERAL

Nº 992 ENTRADA 08/09/24

ASSUNTO Admissão de ambulância

DESTINATÁRIO SMSSA

Francineide Marinho
 ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

3. DEMANDA

Descrever a demanda/necessidade a ser atendida, com o maior detalhamento disponível.

Conforme a tabela:

2.046 – Programa Atenção Básica

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	FMS
1	<p>Ambulância Tipo A Simples Remoção Tipo Furgoneta</p> <p>Especificações: ambulância de simples remoção, veículo tipo furgoneta com carroceria em aço ou monobloco e original de fábrica, 0 km, airbag para os ocupantes da cabine, freio com a.b.s. nas 4 rodas, modelo do ano da contratação ou do ano posterior, adaptado para ambulância de simples remoção. motor dianteiro; 4 cilindros; combustível: gasolina e/ou álcool misturados em qualquer proporção(flex); potência de 86 cv; tanque de combustível: capac. 55 litros, freios e suspensão. equipamentos obrigatórios exigidos pelo contran; cabine/carroceria: portas em chapa, tapetes automotivo carro borracha, com revestimento interno em poliestireno, com 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, com montagem de bateria de no mín 60 ah do tipo sem manutenção, 12 volts.o sist. elétrico dimensionado para o emprego simultâneo de todos os itens especificados do veículo e equipamentos, quer com a viatura em movimento quer estacionada, sem</p>	UND	1



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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, com módulo único e lente inteiriça ou múltiplas lentes, com compr. min 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 j5/5, sae j595 e sae j845, no que se refere aos ensaios contra vibração, umidade, poeira, corrosão, deformação e fotometria classe para o sinalizador luminoso frontal principal sinalização acústica com amplificador de potência mín de 100 w rms 13,8 vcc, min de 3 tons distintos, sist. de megafone com ajuste de ganho e pressão sonora a 01 (um) metro.

4. PREVISÃO DE DATA PARA ATENDIMENTO DA DEMANDA

4.1.A contratação da demanda apresentada é para 25 de Julho de 2024.

5. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE

5.1 O Município de Abel Figueiredo possui uma área territorial de 623,09, km², população de 7.536 habitantes, densidade demográfica de 11,52 hab./ km², fica localizado na região sudeste do estado do Pará, com limites geográficos: ao norte com o município de Rondon do Pará, ao sul com o município de São Pedro da Água Branca - MA, a leste com o município de Rondon do Pará e a oeste com o município de Bom Jesus do Tocantins.

5.2 Os deslocamentos são programados sendo que as pessoas são transportadas em decúbito horizontal sem risco, no próprio município ou em outro nas regiões de saúde de referência, que demandam serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, nem necessidade de recursos assistenciais durante o seu deslocamento. Os principais serviços realizados, são consultas e exames especializados nos municípios de Marabá, Tucuruí e Belém, com os quais os serviços estão pactuados, como outros específicos.

5.3 Vale salientar, que a maioria dos pacientes que necessitam do atendimento em saúde por mais que lhes seja ofertado o atendimento não pode comparecer ao exame/consulta por falta de recursos financeiros o que faz com que o número de abstenção cresça assustadoramente.



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

5.4 Em média temos uma demanda de 03 (três) remoções por diárias em datas previamente programadas, na rede de saúde, composta de (três) Unidades da Saúde da Família e 01 (um) Hospital Geral Municipal;

5.5 Com a aquisição Ambulância Tipo A, esperamos ter maior agilidade no atendimento e qualificação do serviço de transporte de pacientes em decúbito horizontal sem risco, considerando a estimativa de 1.000 (mil) pacientes e a Programação do transporte em Ambulância tipo A determinada pela necessidade diária de 03 (três) por dia, 15 (quinze) por semana e mensal de 90 (noventa), uma vez que a maioria dos pacientes atendidos no município são de baixa renda e muitos residentes na zona rural.

5.6 Assim, através dessa aquisição poderemos realizar agendamentos, onde os pacientes que não venha ter condições de arcar com o traslado ao município referenciado, venha ser assistido dentro de um prazo aceitável.

5.7 Por isso justifica-se a contratação de empresa para aquisição de Ambulância tipo A – Remoção Simples e Tipo Furgoneta para atender as necessidades da unidade administrativa.

6. POSSIBILIDADE DE RENOVAÇÃO DE CONTRATO EM VIGOR

6.1. Não há existência de contrato em vigor que possua o mesmo objeto e que admita renovação, conforme previsto no Art. 107 da Lei nº 14.133/2021.

7. VINCULAÇÃO AOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

7.1. Até o momento, não foi implementado o Plano Anual de contratação.

8. SERVIDORES INDICADOS PARA A EQUIPE DE PLANEJAMENTO

8.1. Os servidores que irão compor a Equipe de Planejamento, que irá elaborar o Estudo Preliminar e Termo de Referência ou Projeto Básico:

Integrante Requisitante: VIVIANNE DE SOUZZA NEVES – Matrícula: 0011075

Integrante Requisitante: GEDILSON ALVES ALEXANDRINO – Matrícula: 0010855

9. SERVIDORES INDICADOS PARA A FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

9.1. Caso não seja necessária a celebração de contrato, deverão ser indicados os servidores responsáveis pelo recebimento do material ou serviço:

Integrante Requisitante: DJULIA MIRANDA DOS SANTOS – Matrícula 0011015;

Integrante Requisitante: ADILSON DE JESUS – Matrícula: 0004477.

10. ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

Trav. São Jorge, 457 – Centro – CEP: 68527-000 Fone: (94) 3342-1618

E-mail: smssaude.af@gmail.com



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Francineide Marinho Aarão
Matrícula Funcional: 0010854
Cargo: Secretária Municipal de Saúde

Abel Figueiredo/PA, 08 de Julho de 2024