



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



RESOLUÇÃO CIR Nº 005 / 2021

Posse, 15 de Dezembro de 2021.

Aprova a aquisição de (01) uma Unidade Móvel de Saúde, sendo (01) uma Ambulância Tipo A, para o Município de Nova Roma-GO, destinada ao deslocamento de usuários.

A Coordenação da Comissão Intergestor CIR, no uso das suas atribuições regimentais que foi conferida e considerando:

- 1- A Constituição Federal de 1988, artigos 196 ao 200 que tratam do Sistema Único de Saúde – SUS;
- 2- A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- 3- O Decreto 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- 4- A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 010, de 8 de dezembro de 2016, que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investidores em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – (SUS);
- 5- A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 013, de 23 de Fevereiro de 2017, que dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS;
- 6- A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 023, de 17 de agosto de 2017, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- 7- A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 8- A Portaria nº 1.483/GM/MS de 01 de julho de 2012, que altera a portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a aplicação de recursos de programação e de emendas parlamentares para aquisição de Ambulância de Transporte tipo A – Simples Remoção.



SES
Secretaria de Estado
da Saúde



RESOLVE:

Art. 1º Aprovar em Reunião Ordinária do dia 24 de Novembro de 2021 em forma híbrida, a aquisição de uma Unidade Móvel de Saúde, uma Ambulância Tipo A, pelo Município de Nova Roma-GO, conforme proposta de Emenda Parlamentar nº 11692.044000/1210-02

Art. 2º Esta resolução entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário.


Francisco Bezerra Garcia Filho
Coordenador


Héli da Jeane Monsueth Almeida
Coordenadora Regional - Port. 37 2021
RSNE II - Posse - Go
Héli da Jeane Monsueth Almeida
Vice Coordenadora

MINISTÉRIO DA SAÚDE	PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE Nº. DA PROPOSTA: 11692.044000/1210-02
--------------------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE		
CNPJ 11.692.044/0001-46	NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE NOVA ROMA	
Endereço Completo JOO BERNARDES RABELO CENTRO	EA MUNICIPAL	Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CEP 73.820-000	UF GO	Município NOVA ROMA

TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA
Recurso de Emenda Parlamentar ds_objeto:AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE 81000687 - R\$ 209.314,00 - RELATOR GERAL

DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)			
Nome:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE NOVA ROMA		
Tipo Unidade:	CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE		
CNPJ:	01.067.925/0001-12	CNES:	6670253
Endereço:	PRACA PIO DE SANTANA - CENTRO, CEP:73820000		

OBJETO DA PROPOSTA
AQUISIÇÃO DE UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA			
UNIDADE ASSISTIDA:	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE NOVA ROMA	CNES:	6670253
INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.			
ADSCRITO			
INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR.			
IMPLANTAÇÃO DE NOVO SERVIÇO			
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.			
A AQUISIÇÃO DE UMA AMBULÂNCIA TIPO A VISA OFERECER ATENDIMENTO DE TRANSPORTE SANITÁRIO. ATUALMENTE, A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NÃO DISPÕE DE AMBULÂNCIAS PARA ATENDER ESSE TIPO DE SERVIÇO. O MUNICÍPIO DE NOVA ROMA TEM EM SEU TERRITÓRIO 02 EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA É DE 100% DA SUA POPULAÇÃO, A REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO HOPITALAR FICA A 68KM EM IACIARA. SENDO ASSIM, OS ATENDIMENTOS HOPITALAR SAO REFERENCIADOS PARA OS MUNICÍPIOS PACTUADOS E OS ESPECIALIZADOS SÃO REALIZADOS EM FORMOSA/GO E GOIÂNIA/GO. REFERÊNCIA MAIS DISTANTE É O MUNICÍPIO É GOIÂNIA/GO, LOCALIZADA A 566 KM. EM RELAÇÃO À CAPACIDADE INSTALADA, A REGIÃO CONTA COM HOSPITAIS NOS MUNICÍPIOS DE ALVORADA DO NORTE/GO, DAMIANÓPOLIS/GO, IACIARA/GO, MAMBAI/GO, POSSE/GO, SÃO DOMINGOS/GO E SIMOLÂNDIA/GO. O PÚBLICO ALVO PARA O TRANSPORTE SANITÁRIO SÃO OS PACIENTES QUE REALIZAM TRATAMENTO OU ATENDIMENTO EM INSTITUIÇÕES DENTRO E FORA DO MUNICÍPIO QUE NECESSITAM SER TRANSPORTADOS EM DECÚBITO HORIZONTAL, SEM RISCO. EM ESPECIAL SÃO OS PACIENTES QUE NECESSITA REALIZAR PROCEDIMENTOS MÉDICO TERAPÊUTICOS, COMO CONSULTAS E AVALIAÇÕES MÉDICAS, EXAMES CLÍNICOS, HEMODIÁLISES, INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS PROGRAMADAS, QUIMIOTERAPIAS E RADIOTERAPIAS OU MESMO OS QUE AGUARDAM PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM HOSPITAIS DE MAIOR RESOLUTIVIDADE DA REDE, COM ATENDIMENTO REGULADO E SEM RISCO. CONFORME DADOS APRESENTADOS PELA REGULAÇÃO MUNICIPAL, TEM UMA MÉDIA DE 15 ATENDIMENTOS MENSAIS E DIÁRIA DE 0,5 ATENDIMENTO. CONSIDERANDO ESSA DEMANDA, TEMOS A NECESSIDADE DE 01 AMBULÂNCIA.			
INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.			
3236			
INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO.			
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 NOVA ROMA
Ambiente:	Garagem

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo Furgoneta	1	209.314,00	209.314,00
Característica Física	Especificação		
ESPECIFICAR	NÃO		
Especificação Técnica			
<p>Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo Furgoneta Veículo furgoneta original de fábrica, 0 km, adaptado para AMBULÂNCIA SIMPLES REMOÇÃO. A estrutura da cabine e da carroceria será original, construída em aço ou monobloco. Chassi: Comprimento total de, no mínimo, 5,140 mm; distância entre os eixos de, no mínimo, 3.200 mm; Altura Interna mínima do salão de atendimento de 1.300 mm. Motorização: Dianteiro; 4 cilindros, combustível diesel, potência mínima de 114 cv; tanque de combustível com capacidade mínima de 69 litros. Sistema de freio com Sistema ABS nas quatro rodas; Air-Bag para os ocupantes da cabine. Direção assistida Hidráulica e/ou Elétrica. Equipado com todos os equipamentos de série não especificados e exigidos pelo CONTRAN. Adaptação: Altura interna do veículo deve ser original de fábrica. O pneu estepe não deve ser acondicionado no salão de atendimento. Sistema Elétrico deve ser original do veículo, com montagem de bateria de no mínimo 60 Ah do tipo sem manutenção, mínimo 12 volts. O Sistema elétrico dimensionado para o emprego simultâneo de todos os itens especificados do veículo e equipamentos, quer com a viatura em movimento quer estacionada, sem risco de sobrecarga no alternador, fiação ou disjuntores. As tomadas elétricas deverão manter uma distância mínima de 31 cm de qualquer tomada de Oxigênio. A iluminação do compartimento de atendimento deve ser de 2 tipos: Natural e Artificial, deverá ser feita por no mínimo 4 luminárias, instaladas no teto, em base estampada em alumínio ou injetada em plástico em modelo LED. A iluminação externa deverá contar com holofote tipo farol articulado regulado manualmente na parte traseira da carroceria, com acionamento independente e foco direcional ajustável 180° 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 frequência mínima de 90 flashes por minuto, quando acionado com lente injetada de policarbonato. Podendo utilizar um dos conceitos de Led. 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, para o Sinalizador Luminoso Frontal Principal. Sinalizador acústico com amplificador de potência mínima de 100 W RMS @13,8 Vcc, mínimo de 3 tons distintos; Sistema de megafone com ajuste de ganho e pressão sonora a 1 metro de no mínimo 100 dB @13,8 Vcc; Laudo que comprove o atendimento à norma SAE J1849, no que se refere a requisitos e diretrizes nos Sistemas de sirenes eletrônicas com um único autofalante. Sistema portátil de oxigênio completo, mínimo 3 L. Sistema de rádio-comunicação em contato permanente com a central reguladora. Na região da bancada, deverá existir uma régua e possuir: fluxômetro, umidificador para O2 e aspirador tipo venturi, c/ roscas padrão ABNT. Conexões IN/OUT normatizadas pela ABNT. A climatização do salão deverá permitir o resfriamento/aquecimento. O compartilhamento do motorista deverá ser fornecido com o sistema original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica para ar condicionado, ventilação, aquecedor e desembaçador. Para o compartilhamento do paciente, deverá ser fornecido original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um sistema de Ar Condicionado, com aquecimento e ventilação tipo exaustão lateral nos termos do item 5.12 da NBR 14.561. Sua capacidade térmica deverá ser com mínimo de 15.000 BTUs e unidade condensadora de teto. Maca retrátil, com no mínimo 1.900 mm de comprimento, com a cabeceira voltada para frente; com pés dobráveis, sistema escamoteável; provida de rodízios, 3 cintos de segurança fixos, que permitam perfeita segurança e desengate rápido, suporta peso mínimo de 100 Kg e acompanham 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. As paredes internas, piso e a divisória deverão ser em plástico reforçado com fibra de vidro laminadas ou Acrilonitrila Butadieno Estireno auto-estinguível, ambos com espessura mínima de 3mm, moldados conforme geometria do veículo, com a proteção antimicrobiana, tornando a superfície bacteriostática. O 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, com 3 pontos de fixação no teto, instalados sobre o eixo longitudinal do comprimento através de parafusos e com 2 sistema de suporte de soro deslizável, devendo possuir 02 ganchos cada para frascos de soro e plasma. Armário superior para objetos, em um só lado da viatura, em ABS auto-estinguível, ou PRFV (plástico resistente de fibra de vidro) ou compensado naval revestido interna e externamente em material impermeável e lavável (fórmica ou similar). As portas devem ser dotadas de trinco para impedir a abertura espontânea das mesmas durante o deslocamento. 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. Fornecer de vinil adesivo p/ 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.</p>			
Total	Qtd. Total	Valor Total (R\$)	
	1	209.314,00	

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS

QTD. TOTAL	VALOR TOTAL (R\$)
1	209.314,00

DADOS BANCÁRIOS

CÓDIGO	BANCO
001	BANCO DO BRASIL S.A.
AGÊNCIA	NOME
047821	IACIARA
ENDEREÇO	
PCA.CIRILO SABATH,S/N CENTRO CEP:73.920-000	

DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA

Modelo Declaração do Gestor - Declaração.pdf
 Termo de Compromisso Ambulância - Termo de Compromisso.pdf
 Outros documentos para a Proposta - Paciente REGULAÇÃO (1).pdf