

| | |
|--------------------------------|---|
| MINISTÉRIO DA SAÚDE | PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE |
| | Nº. DA PROPOSTA: 04384.829000/1160-09 |

| | | |
|---|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE | | |
| CNPJ 04.384.829/0001-96 | NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO ESTADUAL DE SAUDE | |
| Endereço Completo GENERAL VALADAO CENTRO | EA ESTADUAL | Tipo FUNDO ESTADUAL DE SAUDE |
| CEP 49010460 | UF SE | Município ARACAJU |

| |
|---|
| TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA |
| Recurso de Emenda Parlamentar 30340002 - R\$ 66.500,00 - ADELSON BARRETO |

| | | | |
|--|---|--------------|---------|
| DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S) | | | |
| Nome: | SAMU 192 USB ARACAJU VIII | | |
| Tipo Unidade: | UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA | | |
| CNPJ: | 13.128.798/0016-80 | CNES: | 7815166 |
| Endereço: | AV TANCREDO NEVES ANEXO AO HUSE - CAPUCHO, CEP: 49080470 | | |
| Nome: | SAMU 192 USB ITABAIANA II | | |
| Tipo Unidade: | UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA | | |
| CNPJ: | 13.128.798/0016-80 | CNES: | 7302991 |
| Endereço: | R BOANERGES A PINHEIRO - CENTRO, CEP: 49500000 | | |
| Nome: | SAMU 192 USB PIRAMBU | | |
| Tipo Unidade: | UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA | | |
| CNPJ: | 13.128.798/0016-80 | CNES: | 7016344 |
| Endereço: | RUA DEPUTADO GERONIMO - CENTRO, CEP: 49190000 | | |
| Nome: | SAMU 192 USB SIMAO DIAS | | |
| Tipo Unidade: | UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA | | |
| CNPJ: | 13.128.798/0016-80 | CNES: | 7016956 |
| Endereço: | AVENIDA CONS JOAO A DE SANTANA - CENTRO, CEP: 49480000 | | |

| |
|---|
| OBJETO DA PROPOSTA |
| AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE PARA UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE |

| | | | |
|--|---------------------------|--------------|---------|
| JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA | | | |
| UNIDADE ASSISTIDA: | SAMU 192 USB ARACAJU VIII | CNES: | 7815166 |
| INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA. | | | |
| ATENDIMENTO A PT ESPECIFICA DE MS | | | |
| INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR. | | | |
| PÓLO REGIONAL | | | |
| 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 SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - SAMU 192/SE CRIADO ATRAVÉS DA LEI 5470/2004 DE 18 DE NOVEMBRO DE 2004, PUBLICADO NO D.O.E. Nº 24657 DE 22/11/2004. CONSIDERANDO O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE NOVA UNIDADE MÓVEL PARA O REFERIDO CNES, SE FAZ NECESSÁRIO A AQUISIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS CADASTRADOS, CONFORME PORT. 2048/2002. | | | |
| INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA. | | | |
| 570000, 2200000 | | | |
| INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO. | | | |
| EM CONDIÇÕES DE RECEBER O EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE | | | |
| EXISTEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO E EMISSÃO DE LAUDO? | | | |
| SIM | | | |
| INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA. | | | |
| SERVIÇO TERCEIRIZADO LOCAL | | | |

| | | | |
|---|---------------------------|--------------|---------|
| JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA | | | |
| UNIDADE ASSISTIDA: | SAMU 192 USB ITABAIANA II | CNES: | 7302991 |
| INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA. | | | |

| |
|--|
| ATENDIMENTO A PT ESPECIFICA DE MS |
| INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR. |
| PÓLO REGIONAL |
| 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 SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - SAMU 192/SE CRIADO ATRAVÉS DA LEI 5470/2004 DE 18 DE NOVEMBRO DE 2004, PUBLICADO NO D.O.E. Nº 24657 DE 22/11/2004. CONSIDERANDO O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE NOVA UNIDADE MÓVEL PARA O REFERIDO CNES, SE FAZ NECESSÁRIO A AQUISIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS CADASTRADOS, CONFORME PORT. 2048/2002. |
| INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA. |
| 100000, 270000 |
| INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO. |
| EM CONDIÇÕES DE RECEBER O EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE |
| EXISTEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO E EMISSÃO DE LAUDO? |
| SIM |
| INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA. |
| SERVIÇO TERCEIRIZADO LOCAL |

| | | | |
|--|----------------------|--------------|---------|
| JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA | | | |
| UNIDADE ASSISTIDA: | SAMU 192 USB PIRAMBU | CNES: | 7016344 |
| INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA. | | | |
| ATENDIMENTO A PT ESPECIFICA DE MS | | | |
| INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR. | | | |
| SEDE DE MÓDULO | | | |
| 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 SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - SAMU 192/SE CRIADO ATRAVÉS DA LEI 5470/2004 DE 18 DE NOVEMBRO DE 2004, PUBLICADO NO D.O.E. Nº 24657 DE 22/11/2004. CONSIDERANDO O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE NOVA UNIDADE MÓVEL PARA O REFERIDO CNES, SE FAZ NECESSÁRIO A AQUISIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS CADASTRADOS, CONFORME PORT. 2048/2002. | | | |
| INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA. | | | |
| 21000, 100000 | | | |
| INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO. | | | |
| EM CONDIÇÕES DE RECEBER O EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE | | | |
| EXISTEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO E EMISSÃO DE LAUDO? | | | |
| SIM | | | |
| INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA. | | | |
| SERVIÇO TERCEIRIZADO LOCAL | | | |

| | | | |
|--|-------------------------|--------------|---------|
| JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA | | | |
| UNIDADE ASSISTIDA: | SAMU 192 USB SIMAO DIAS | CNES: | 7016956 |
| INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA. | | | |
| ATENDIMENTO A PT ESPECIFICA DE MS | | | |
| INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR. | | | |
| SEDE DE MÓDULO | | | |
| 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 SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - SAMU 192/SE CRIADO ATRAVÉS DA LEI 5470/2004 DE 18 DE NOVEMBRO DE 2004, PUBLICADO NO D.O.E. Nº 24657 DE 22/11/2004. CONSIDERANDO O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE NOVA UNIDADE MÓVEL PARA O REFERIDO CNES, SE FAZ NECESSÁRIO A AQUISIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS CADASTRADOS, CONFORME PORT. 2048/2002. | | | |
| INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA. | | | |
| 41000, 100000 | | | |
| INDICAR AS CONDIÇÕES DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL PARA INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE SOLICITADO. | | | |
| EM CONDIÇÕES DE RECEBER O EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE | | | |
| EXISTEM PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO E EMISSÃO DE LAUDO? | | | |
| SIM | | | |
| INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA. | | | |
| SERVIÇO TERCEIRIZADO LOCAL | | | |

| EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE | | | |
|--|-----------------------|----------------------|-------------------|
| UNIDADE ASSISTIDA: SAMU 192 USB ARACAJU VIII | | | |
| Ambiente: Unidade Móvel de Saúde | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Aspirador de Secreções Elétrico Móvel | 2 | 2.900,00 | 5.800,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| VÁLVULA DE SEGURANÇA | POSSUI | | |
| FRASCO | TERMOPLÁSTICO/VIDRO | | |
| CAPACIDADE | DE 6 A 10 LITROS | | |
| SUPORTE COM RODÍZIOS | POSSUI | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| DEA - Desfibrilador Externo Automático | 1 | 8.000,00 | 8.000,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| ACESSÓRIO(S) | 1 ELETRODO | | |
| BATERIA | MÍNIMO DE 200 CHOQUES | | |
| TELA DE ECG | POSSUI | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Oxímetro de Pulso | 2 | 2.500,00 | 5.000,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| TIPO | PORTÁTIL (DE MÃO) | | |
| CURVA PLESTIMOGRÁFICA | NÃO POSSUI | | |
| SENSOR DE SpO2 | 01 | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Total | Qtd. Total | Valor Total (R\$) | |
| | 5 | 18800 | |

| UNIDADE ASSISTIDA: SAMU 192 USB PIRAMBU | | | |
|---|-----------------------|----------------------|-------------------|
| Ambiente: Unidade Móvel de Saúde | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Oxímetro de Pulso | 2 | 2.500,00 | 5.000,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| TIPO | PORTÁTIL (DE MÃO) | | |
| CURVA PLESTIMOGRÁFICA | NÃO POSSUI | | |
| SENSOR DE SpO2 | 01 | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| DEA - Desfibrilador Externo Automático | 1 | 8.000,00 | 8.000,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| ACESSÓRIO(S) | 1 ELETRODO | | |
| BATERIA | MÍNIMO DE 200 CHOQUES | | |
| TELA DE ECG | POSSUI | | |
| Especificação Técnica | | | |
| Total | Qtd. Total | Valor Total (R\$) | |
| | 3 | 13000 | |

| UNIDADE ASSISTIDA: SAMU 192 USB SIMAO DIAS | | | |
|--|---------------------|----------------------|-------------------|
| Ambiente: Unidade Móvel de Saúde | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Aspirador de Secreções Elétrico Móvel | 1 | 2.900,00 | 2.900,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| VÁLVULA DE SEGURANÇA | POSSUI | | |
| FRASCO | TERMOPLÁSTICO/VIDRO | | |
| CAPACIDADE | DE 6 A 10 LITROS | | |
| SUPORTE COM RODÍZIOS | POSSUI | | |
| Especificação Técnica | | | |

| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
|--|-----------------------|--------------------------|-------------------|
| DEA - Desfibrilador Externo Automático | 1 | 8.000,00 | 8.000,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| ACESSÓRIO(S) | 1 ELETRODO | | |
| BATERIA | MÍNIMO DE 200 CHOQUES | | |
| TELA DE ECG | POSSUI | | |
| Especificação Técnica | | | |
| | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Oxímetro de Pulso | 2 | 2.500,00 | 5.000,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| TIPO | PORTÁTIL (DE MÃO) | | |
| CURVA PLESTIMOGRÁFICA | NÃO POSSUI | | |
| SENSOR DE SpO2 | 01 | | |
| Especificação Técnica | | | |
| | | | |
| Total | Qtd. Total | Valor Total (R\$) | |
| | 4 | 15900 | |

| UNIDADE ASSISTIDA: SAMU 192 USB ITABAIANA II | | | |
|--|-----------------------|--------------------------|-------------------|
| Ambiente: Unidade Móvel de Saúde | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Oxímetro de Pulso | 2 | 2.500,00 | 5.000,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| TIPO | PORTÁTIL (DE MÃO) | | |
| CURVA PLESTIMOGRÁFICA | NÃO POSSUI | | |
| SENSOR DE SpO2 | 01 | | |
| Especificação Técnica | | | |
| | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| Aspirador de Secreções Elétrico Móvel | 2 | 2.900,00 | 5.800,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| VÁLVULA DE SEGURANÇA | POSSUI | | |
| FRASCO | TERMOPLÁSTICO/VIDRO | | |
| CAPACIDADE | DE 6 A 10 LITROS | | |
| SUORTE COM RODÍZIOS | POSSUI | | |
| Especificação Técnica | | | |
| | | | |
| Nome do Equipamento | Qtd. | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| DEA - Desfibrilador Externo Automático | 1 | 8.000,00 | 8.000,00 |
| Característica Física | Especificação | | |
| ACESSÓRIO(S) | 1 ELETRODO | | |
| BATERIA | MÍNIMO DE 200 CHOQUES | | |
| TELA DE ECG | POSSUI | | |
| Especificação Técnica | | | |
| | | | |
| Total | Qtd. Total | Valor Total (R\$) | |
| | 5 | 18.800,00 | |

| QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS | |
|--|-------------------|
| QTD. TOTAL | VALOR TOTAL (R\$) |
| 17 | 66.500,00 |

| DADOS BANCÁRIOS | |
|---|----------------------|
| CÓDIGO | BANCO |
| 001 | BANCO DO BRASIL S.A. |
| AGÊNCIA | NOME |
| 036110 | S.PUBLICO ARACAJU |
| ENDEREÇO | |
| PCA.GAL.VALADAO,377, 2.ANDAR CENTRO CEP: 49008900 | |

| |
|---|
| DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA |
| Termo de Compromisso Atenção Básica ou Especializada - termo de compromisso samu 2.pdf Outros documentos para a Proposta - JUSTIFICATIVA - TERMO OBSOLESCENCIA.pdf |