

**MINISTÉRIO  
DA SAÚDE****PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE**  
**Nº. DA PROPOSTA: 09005.558000/1180-01****IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>CNPJ</b><br>09.005.558/0001-34                             | <b>NOME DO FUNDO DE SAÚDE</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SAO JOSE DAS PALMEIRAS |  |  |
| <b>Endereço Completo</b><br>MARECHAL CASTELO BRANCO<br>CENTRO | <b>EA</b><br>MUNICIPAL  | <b>Tipo</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE    |  |
| <b>CEP</b><br>85.898-000                                      | <b>UF</b><br>PR   | <b>Município</b><br>SAO JOSE DAS PALMEIRAS |  |

**TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA**

Recurso de Emenda Parlamentar  
ds\_objeto:AQUISIÇÃO DE UNIDADE MOVEL DE SAÚDE  
22810004 - R\$ 80.000,00 - ROBERTO REQUIÃO

**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>         | 77.819.605/0001-33                    | <b>CNES:</b> | 6585213 |
| <b>Endereço:</b>     | RUA TIRADENTES - CENTRO, CEP:85898000 |              |         |

**OBJETO DA PROPOSTA**

AQUISIÇÃO DE UNIDADE MOVEL DE SAÚDE

**JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA**

|                           |                               |              |         |
|---------------------------|-------------------------------|--------------|---------|
| <b>UNIDADE ASSISTIDA:</b> | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE | <b>CNES:</b> | 6585213 |
|---------------------------|-------------------------------|--------------|---------|

**EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE****UNIDADE ASSISTIDA: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE**

**Ambiente:** Garagem

| <b>Nome do Equipamento</b>                         | <b>Qtd.</b>          | <b>Valor unitário (R\$)</b> | <b>Valor total (R\$)</b> |
|--|----------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo Furgoneta | 1                    | 80.000,00                   | 80.000,00                |
| <b>Característica Física</b>                       | <b>Especificação</b> |                             |                          |
| <b>ESPECIFICAR</b>                                 | NÃO                  |                             |                          |

**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 de 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 Inteligência 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, min 3 L. A cabine deve ser c/ o Sist. original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica p/ ar Condic., ventilação, aquecedor e desumidificador. O compartimento do paciente, deve ser original do fabricante do chassi ou homologado pela fábrica um Sist. de Ar Condic. e ventilação nos termos do item 5.12 da NBR 14.561 Ventilador oscilante no teto; A Capac. térmica do Sist. de Ar Condic. do Compartimento traseiro deve ser de no mín 15.000 BTUs. Maca retrátil, em duralumínio; c/ no mín 1.800 mm de compr.. Provida do Sist. de elevação do tronco do paciente de min 45 graus e suportar peso mín de 100 kg. Com colchonete. Deverão ser apresentados: Autorização de Funcionamento de Empresa do Fabricante e Registro ou Cadastro 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 a divisória deverão ser em plástico reforçado c/ fibra de vidro laminadas ou Acrilnitrila Butadieno Estireno auto-estinguível, 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-estinguível 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 cruzeiros e palavra Ambulância no capô, vidros laterais e traseiros; e as marcas do Governo Federal, Ministério da Saúde.

| Total | Qtd. Total | Valor Total (R\$) |
|-------|------------|-------------------|
|       | 1          | 80.000,00         |

**QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS**

| QTD. TOTAL | VALOR TOTAL (R\$) |
|------------|-------------------|
| 1          | 80.000,00         |

**DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA**

Modelo Declaração do Gestor - digitalizar0107.pdf  
Termo de Compromisso Ambulância - digitalizar0106.pdf

17/05/2018

Gmail - Fwd: informar pagamento de proposta no Fundo Nacional de Saúde, indicada pelo Dep. Dilceu Sperafico



Prefeitura Municipal <prefeiturasaoseadm@gmail.com>



## Fwd: informar pagamento de proposta no Fundo Nacional de Saúde, indicada pelo Dep. Dilceu Sperafico

1 mensagem

Prefeitura Municipal de São José das Palmeiras <pmsjpalmeiras@gmail.com>

17 de maio de 2018 10:49

Para: Prefeitura Municipal <prefeiturasaoseadm@gmail.com>

----- Mensagem encaminhada -----

De: Alan Araújo Da Mota <alan.mota@camara.leg.br>

Data: 16 de maio de 2018 15:57

Assunto: informar pagamento de proposta no Fundo Nacional de Saúde, indicada pelo Dep. Dilceu Sperafico

Para: "gilberto-salvador@hotmail.com" <gilberto-salvador@hotmail.com>, "pmsjpalmeiras@gmail.com" <pmsjpalmeiras@gmail.com>

Senhor Prefeito,

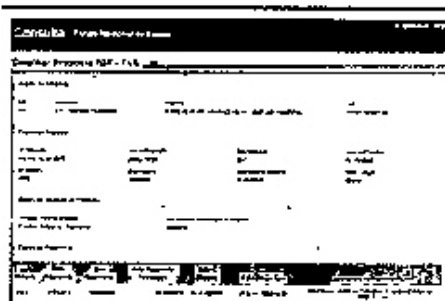
Venho informar pagamento de proposta no Fundo Nacional de Saúde, indicada pelo Dep. Dilceu Sperafico, conforme extrato em anexo.

Atenciosamente,

Vicente,

Assessoria Dep. Dilceu Sperafico

61 3215-5746



Sao Jose das Palmeiras Ambulancia.jpg  
142K



## Consulta Fundo Nacional de Saúde

### Detalhar Proposta FAF - FNS

#### Dados da Entidade

|    |                        |  |                    |
|----|------------------------|--|--------------------|
| UF | Município              | Entidade   | CNPJ               |
| PR | SÃO JOSE DAS PALMEIRAS | FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSE DAS PALMEIRAS | 00.000.000/0001-34 |

#### Dados da Proposta

|                    |                  |                        |                   |
|--------------------|------------------|------------------------|-------------------|
| Nº Proposta        | Tipo de Proposta | Ano Proposta           | Valor da Proposta |
| 412545471219133678 | AMBULANCIA       | 2017                   | R\$ 80.000,00     |
| Nº Portaria        | Data Portaria    | Valor total de Empenho | Valor a Pagar     |
| 3573               | 22/12/2017       | R\$ 85.000,00          | R\$ 0,00          |

#### Dados da Situação da Proposta

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Situação Atual da Proposta      | Data da Última Atualização da Proposta |
| Proposta enviada para Pagamento | 13/05/2018                             |

#### Dados do Pagamento

| Parcela | Data Pagamento | Valor Pagamento | Valor Pagamento Acumulado | Ordem Bancaria | Nº Processo Fgto       | Localização do Processo Fgto  |
|---------|----------------|-----------------|---------------------------|----------------|------------------------|---|
| Unica   | 11/05/2018     | R\$ 80.000,00   | R\$ 80.000,00             | 20180827012    | 25330 (201759/2013-63) | CEFINCO em, CCPF em 11/05/2018, FNS DISCOPCO em 11/05/2018 11/05/2018 |