

**MINISTÉRIO
DA SAÚDE****PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE
Nº. DA PROPOSTA: 11867.105000/1170-05****IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE**

CNPJ 11.867.105/0001-69	NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Endereço Completo CAMPO GRANDE CENTRO	EA MUNICIPAL	Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CEP 79965000	UF MS	Município ITAQUIRAI

PARECER TÉCNICO

Tipo	Situação	Data
PARECER TECNICO	FAVORAVEL	22/08/2017 17:15:47

PARECER DE MÉRITO Conclusão: FAVORÁVEL A(O) FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE/MS, tendo como Unidade(s) Assistida(s): UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI, apresenta pleito para AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE. Compreende-se no Parecer de Mérito a análise da coerência e compatibilidade do pleito com as questões relacionadas aos objetivos, prioridades do Ministério da Saúde, perfil e papel estratégico da instituição beneficiária para o desenvolvimento regional e na descentralização do atendimento, porte do (s) equipamento (s), bem como a necessidade de infra-estrutura física e de recursos humanos necessárias para o funcionamento e operabilidade dos equipamentos pleiteados. Ainda, ressalta-se a prioridade deste Ministério da Saúde no fortalecimento das redes de atenção à saúde local e regional. Para esta análise de mérito foi considerada a legislação vigente aplicável, ressaltando-se: Considerando-se as seguintes justificativas apresentadas pelo proponente na referida proposta: 11867105000117005 Desgaste de vida útil do equipamento e/ou material permanente Sede de módulo necessidade de reposição dos equipamentos obsoletos e utrapassados para atendimento com maior eficacia e rapidez no diagnostico e posterior tratamento 4250, 4250 Em condições de receber o equipamento e/ou material permanente Sim Serviço terceirizado local Nestes termos, sob o ponto de vista exclusivamente do mérito, restrito às informações contidas na referida proposta, esta Área Técnica é favorável ao mérito da proposta apresentada. Considerando a coerência entre os itens solicitados e o perfil da entidade de saúde beneficiária, nada tendo a se opor quanto à aprovação dos itens e quantitativos constantes como aprovados na aba equipamentos do Sistema de Pagamentos Fundo a Fundo, conforme listagem abaixo. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES: Ressalta-se que a proposta será submetida à área de análise técnico-econômica, a qual emitirá parecer sobre o custo apresentado, em que os valores estimados e discriminados no detalhamento da proposta serão analisados frente aos valores de mercado da região de inserção da unidade requerente, podendo ocorrer ajustes. Cabe ainda análise do Fundo Nacional de Saúde quanto a viabilidade da presente proposta considerando a legislação e as normas específicas. Salienta-se que compete à instituição solicitante garantir os recursos humanos e de infraestrutura necessários à operacionalização dos serviços a serem prestados na unidade, de forma a permitir o alcance dos objetivos propostos, de acordo com o compromisso na proposta e em seus anexos. Chama-se atenção para o fato de que a não objeção produzida por esse parecer, refere-se ao objeto avaliado na referida proposta na data 22/08/2017 contendo os itens abaixo: - Balde a Pedal - Qtd. Aprov.: 1 - Cadeira de Rodas Pediátrica - Qtd. Aprov.: 1 - Câmara para Conservação de Imunobiológicos - Qtd. Aprov.: 1 - Computador (Desktop-Básico) - Qtd. Aprov.: 1 - Computador Portátil (Notebook) - Qtd. Aprov.: 1 - Esfigmomanômetro Adulto - Qtd. Aprov.: 1 - Esfigmomanômetro Adulto - Qtd. Aprov.: 1 - Geladeira/ Refrigerador - Qtd. Aprov.: 1 - Nebulizador Portátil - Qtd. Aprov.: 1 - Roteador (WAN) - Qtd. Aprov.: 1 - Seladora - Qtd. Aprov.: 1 - Veículo de Passeio - Transporte de Equipe (5 pessoas, 0 Km) - Qtd. Aprov.: 1 Brasília, 22 de agosto de 2017. Coordenação de Gerenciamento de Projetos de Atenção Básica é COGPAB/DAB/SAS/MS (61) 3315 9050 / 3315 9060 / 3315 9066

SILVANIA MARIA FIGUEIROA DE MATOS

Telefone: (61)33159061

PARECER TÉCNICO

Tipo	Situação	Data
PARECER TECNICO	DILIGENCIA	16/08/2017 14:17:49

Foi identificado que alguns equipamentos foram solicitados em excesso quando comparado com o quantitativo de profissionais cadastrados nas respectivas unidades. Solicito rever o quantitativo dos equipamentos abaixo listado: a) CNES 2558645 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI no AMBIENTE: Sala de Espera e Recepção, EQUIPAMENTO: Cadeira de Rodas Pediátrica, solicitou um quantitativo de 13 e somente será aprovado um quantitativo MÁXIMO de 1 por ambiente. b) CNES 2558645 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI no AMBIENTE: Sala de reunião, EQUIPAMENTO: Computador (desktop-basico), solicitou um quantitativo de 8 e somente será aprovado um quantitativo MÁXIMO de 1 por ambiente. c) CNES 2558645 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI no AMBIENTE: Consultório Odontológico, EQUIPAMENTO: Esfigmomanômetro Adulto, solicitou um quantitativo de 3 e somente será aprovado um quantitativo MÁXIMO de 1 por ambiente. d) CNES 2558645 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI no AMBIENTE: Farmácia, EQUIPAMENTO: Geladeira/ Refrigerador, solicitou um quantitativo de 5 e somente será aprovado um quantitativo MÁXIMO de 1 por ambiente. e) CNES 2558645 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI no AMBIENTE: Central de Material Esterelizado(CME), EQUIPAMENTO: Seladora, solicitou um quantitativo de 8 e somente será aprovado um quantitativo MÁXIMO de 1 por ambiente. APÓS REALIZAR A ADEQUAÇÃO SOLICITADA, FINALIZAR A PROPOSTA.

RAYANNA ARAUJO LISBOA

Telefone:

MINISTÉRIO DA SAÚDE	PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE Nº. DA PROPOSTA: 11867.105000/1170-05
--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE		
CNPJ 11.867.105/0001-69	NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Endereço Completo CAMPO GRANDE CENTRO	EA MUNICIPAL	Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CEP 79965000	UF MS	Município ITAQUIRAI

PARECER TÉCNICO		
Tipo	Situação	Data
PARECER TECNICO	DILIGENCIA	16/08/2017 14:17:49
<p>Foi identificado que alguns equipamentos foram solicitados em excesso quando comparado com o quantitativo de profissionais cadastrados nas respectivas unidades. Solicito rever o quantitativo dos equipamentos abaixo listado: a) CNES 2558645 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI no AMBIENTE: Sala de Espera e Recepção, EQUIPAMENTO: Cadeira de Rodas Pediátrica, solicitou um quantitativo de 13 e somente será aprovado um quantitativo MÁXIMO de 1 por ambiente. b) CNES 2558645 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI no AMBIENTE: Sala de reunião, EQUIPAMENTO: Computador (desktop-basico), solicitou um quantitativo de 8 e somente será aprovado um quantitativo MÁXIMO de 1 por ambiente. c) CNES 2558645 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI no AMBIENTE: Consultório Odontológico, EQUIPAMENTO: Esfigmomanômetro Adulto, solicitou um quantitativo de 3 e somente será aprovado um quantitativo MÁXIMO de 1 por ambiente. d) CNES 2558645 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI no AMBIENTE: Farmácia, EQUIPAMENTO: Geladeira/ Refrigerador, solicitou um quantitativo de 5 e somente será aprovado um quantitativo MÁXIMO de 1 por ambiente. e) CNES 2558645 UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI no AMBIENTE: Central de Material Esterelizado(CME), EQUIPAMENTO: Seladora, solicitou um quantitativo de 8 e somente será aprovado um quantitativo MÁXIMO de 1 por ambiente. APÓS REALIZAR A ADEQUAÇÃO SOLICITADA, FINALIZAR A PROPOSTA.</p> <p style="text-align: center;">RAYANNA ARAUJO LISBOA</p> <p style="text-align: center;">Telefone:</p>		

MINISTÉRIO DA SAÚDE	PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL PERMANENTE Nº. DA PROPOSTA: 11867.105000/1170-05
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE		
CNPJ 11.867.105/0001-69	NOME DO FUNDO DE SAÚDE FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
Endereço Completo CAMPO GRANDE CENTRO	EA MUNICIPAL	Tipo FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
CEP 79965000	UF MS	Município ITAQUIRAI

TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA Recurso de Emenda Parlamentar 38030003 - R\$ 70.000,00 - SIMONE TEBET

DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)			
Nome:	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI		
Tipo Unidade:	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA		
CNPJ:	15.403.041/0001-04	CNES:	2558645
Endereço:	AMAMBAI 8 - CENTRO, CEP:79965000		

OBJETO DA PROPOSTA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA			
UNIDADE ASSISTIDA:	UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI	CNES:	2558645
INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA. DESGASTE DE VIDA ÚTIL DO EQUIPAMENTO E/OU MATERIAL PERMANENTE			
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. NECESSIDADE DE REPOSIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS OBSOLETOS E UTRAPASSADOS PARA ATENDIMENTO COM MAIOR EFICACIA E RAPIDEZ NO DIAGNOSTICO E POSTERIOR TRATAMENTO			
INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA. 4250, 4250			
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: UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ITAQUIRAI			
Ambiente: Consultório Odontológico			
Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Esfigmomanômetro Adulto	1	150,00	150,00
Característica Física	Especificação		
MATERIAL DE CONFECÇÃO	TECIDO EM ALGODÃO		
BRAÇADEIRA/ FECHO	VELCRO		
Especificação Técnica			
Ambiente: Farmácia			
Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)

Geladeira/ Refrigerador	1	1.450,00	1.450,00
-------------------------	---	----------	----------

Característica Física	Especificação		
------------------------------	----------------------	--	--

CAPACIDADE	DE 250 A 299 L		
------------	----------------	--	--

Especificação Técnica

Ambiente: Sala de Imunização

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
---------------------	------	----------------------	-------------------

Câmara para Conservação de Imunobiológicos	1	13.700,00	13.700,00
--------------------------------------------	---	-----------	-----------

Característica Física	Especificação		
------------------------------	----------------------	--	--

TEMPERATURA	ENTRE +2º C E + 8ºC		
-------------	---------------------	--	--

CIRCULAÇÃO DE AR FORÇADO	POSSUI		
--------------------------	--------	--	--

CONTRA PORTA	POSSUI		
--------------	--------	--	--

DISCADOR DE EMERGÊNCIA	POSSUI		
------------------------	--------	--	--

CAPACIDADE/QUANTIDADE	DE 120 A 300 LITROS/2 A 5 GAVETAS OU PRATELEIRAS		
-----------------------	--------------------------------------------------	--	--

MATERIAL DE CONFECCÃO (GABINETE INTERNO)	AÇO INOXIDÁVEL 304		
------------------------------------------	--------------------	--	--

SENSORES INTERNOS	POSSUI		
-------------------	--------	--	--

SISTEMA DE EMERGÊNCIA (BATERIA/NO BREAK)/SISTEMA DE REGISTRO DE DADOS	POSSUI/ POSSUI		
-----------------------------------------------------------------------	----------------	--	--

Especificação Técnica

Ambiente: Sala de Observação

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
---------------------	------	----------------------	-------------------

Esfigmomanômetro Adulto	1	150,00	150,00
-------------------------	---	--------	--------

Característica Física	Especificação		
------------------------------	----------------------	--	--

MATERIAL DE CONFECCÃO	TECIDO EM ALGODÃO		
-----------------------	-------------------	--	--

BRAÇADEIRA/ FECHO	VELCRO		
-------------------	--------	--	--

Especificação Técnica

Ambiente: Sala de Reunião

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
---------------------	------	----------------------	-------------------

Computador Portátil (Notebook)	1	3.500,00	3.500,00
--------------------------------	---	----------	----------

Característica Física	Especificação		
------------------------------	----------------------	--	--

ESPECIFICAR	NÃO		
-------------	-----	--	--

Especificação Técnica

ESPECIFICAÇÃO MÍNIMA: QUE ESTEJA EM LINHA DE PRODUÇÃO PELO FABRICANTE; COMPUTADOR PORTÁTIL (NOTEBOOK) COM PROCESSADOR NO MÍNIMO INTEL CORE I5 OU AMD A10 OU SIMILAR; 1 (UM) DISCO RÍGIDO DE 500 GIGABYTES VELOCIDADE DE ROTAÇÃO 7.200 RPM; UNIDADE COMBINADA DE GRAVAÇÃO DE DISCO ÓTICO CD, DVD ROM; MEMÓRIA RAM DE 08 (OITO) GIGABYTES, EM 02 (DOIS) MÓDULOS IDÊNTICOS DE 04 (QUATRO) GIGABYTES CADA, DO TIPO SDRAM DDR4 2.133 MHZ OU SUPERIOR; TELA LCD DE 14 OU 15 POLEGADAS WIDESCREEN, SUPORTAR RESOLUÇÃO 1.600 X 900 PIXELS; TECLADO DEVERÁ CONTER TODOS OS CARACTERES DA LÍNGUA PORTUGUESA, INCLUSIVE Ç E ACENTOS, NAS MESMAS POSIÇÕES DO TECLADO PADRÃO ABNT2; MOUSE TOUCHPAD COM 02 (DOIS) BOTÕES INTEGRADOS; MOUSE ÓPTICO COM CONEXÃO USB E BOTÃO DE ROLAGEM (SCROLL); INTERFACES DE REDE 10/100/1000 CONECTOR RJ-45 FÊMEA E WIFI PADRÃO IEEE 802.11A/B/G/N; SISTEMA OPERACIONAL WINDOWS 10 PRO (64 BITS); BATERIA RECARREGÁVEL DO TIPO ION DE LÍTIO COM NO MÍNIMO 06 (SEIS) CÉLULAS; FONTE EXTERNA AUTOMÁTICA COMPATÍVEL COM O ITEM; POSSUIR INTERFACES USB 2.0 E 3.0, 01 (UMA) HDMI OU DISPLAY PORT E 01 (UMA) VGA, LEITOR DE CARTÃO; WEBCAM FULL HD (1080P); DEVERÁ VIR ACOMPANHADO DE MALETA DO TIPO ACOLCHOADA PARA TRANSPORTE E ACONDICIONAMENTO DO EQUIPAMENTO; O EQUIPAMENTO DEVERÁ SER NOVO, SEM USO, REFORMA OU RECONDICIONAMENTO; GARANTIA DE 12 MESES.

Ambiente: Sala de Processamento de Dados

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
---------------------	------	----------------------	-------------------

Computador (Desktop-Básico)	1	3.400,00	3.400,00
-----------------------------	---	----------	----------

Característica Física	Especificação		
------------------------------	----------------------	--	--

ESPECIFICAR	NÃO		
-------------	-----	--	--

Especificação Técnica

ESPECIFICAÇÃO MÍNIMA: QUE ESTEJA EM LINHA DE PRODUÇÃO PELO FABRICANTE; COMPUTADOR DESKTOP COM PROCESSADOR NO MÍNIMO INTEL CORE I3 OU AMD A10 OU SIMILAR; POSSUIR 1 (UM) DISCO RÍGIDO DE 500 GIGABYTE; MEMÓRIA RAM DE 08 (OITO) GIGABYTES, EM 02 (DOIS) MÓDULOS IDÊNTICOS DE 04 (QUATRO) GIGABYTES CADA, DO TIPO SDRAM DDR4 2.133 MHZ OU SUPERIOR, OPERANDO EM MODALIDADE DUAL CHANNEL; A PLACA PRINCIPAL DEVE TER ARQUITETURA ATX, MICROATX, BTX OU MICROBTX, CONFORME PADRÕES ESTABELECIDOS E DIVULGADOS NO SÍTIO WWW.FORMFACTORS.ORG, ORGANISMO QUE DEFINE OS PADRÕES EXISTENTES; POSSUIR PELO MENOS 01 (UM) SLOT PCI-EXPRESS 2.0 X16 OU SUPERIOR; POSSUIR SISTEMA DE DETECÇÃO DE INTRUSÃO DE CHASSIS, COM ACIONADOR INSTALADO NO GABINETE; O ADAPATADOR DE VÍDEO INTEGRADO DEVERÁ SER NO MÍNIMO DE 01 (UM) GIGABYTE DE MEMÓRIA, POSSUIR SUPORTE AO MICROSOFT DIRECTX 10.1 OU SUPERIOR, SUPORTAR MONITOR ESTENDIDO, POSSUIR NO MÍNIMO 02 (DUAS) SAÍDAS DE VÍDEO, SENDO PELO MENOS 01 (UMA) DIGITAL DO TIPO HDMI, DISPLAY PORT OU DVI; UNIDADE COMBINADA DE GRAVAÇÃO DE DISCO ÓTICO CD, DVD ROM; TECLADO USB, ABNT2, 107 TECLAS (COM FIO) E MOUSE USB, 800 DPI, 2 BOTÕES, SCROLL (COM FIO); MONITOR DE LED 19 POLEGADAS (WIDESCREEN 16:9); INTERFACES DE REDE 10/100/1000 E WIFI PADRÃO IEEE 802.11 B/G/N; SISTEMA OPERACIONAL WINDOWS 10 PRO (64 BITS); FONTE COMPATÍVEL E QUE SUPORTE TODA A CONFIGURAÇÃO EXIGIDA NO ITEM; GABINETE E PERIFÉRICOS DEVERÃO FUNCIONAR NA VERTICAL OU HORIZONTAL; TODOS OS EQUIPAMENTOS OFERTADOS (GABINETE, TECLADO, MOUSE E MONITOR) DEVEM POSSUIR GRADAÇÕES NEUTRAS DAS CORES BRANCA, PRETA OU CINZA, E

MANTER O MESMO PADRÃO DE COR; TODOS OS COMPONENTES DO PRODUTO DEVERÃO SER NOVOS, SEM USO, REFORMA OU RECONDICIONAMENTO; GARANTIA DE 12 MESES.

Ambiente: Administração

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Balde a Pedal	1	100,00	100,00

Característica Física	Especificação
MATERIAL DE CONFECÇÃO/CAPACIDADE	AÇO INOX/MÍN 15L ATÉ 29L

Especificação Técnica

Ambiente: Sala de Espera e Recepção

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Cadeira de Rodas Pediátrica	1	900,00	900,00

Característica Física	Especificação
MATERIAL DE CONFECÇÃO	AÇO / FERRO PINTADO

BRAÇOS	FIXO
--------	------

PÉS	REMOVÍVEL
-----	-----------

ELEVAÇÃO DE PERNAS	NÃO POSSUI
--------------------	------------

SUPORTE DE SORO	NÃO POSSUI
-----------------	------------

Especificação Técnica

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Roteador (WAN)	1	250,00	250,00

Característica Física	Especificação
ESPECIFICAR	NÃO

Especificação Técnica

- Deve estar em linha de produção pelo fabricante; - Deverá ser novo, sem uso, reforma ou recondicionamento; - Deverá suportar taxa de transferência de no mínimo 300 (trezentos) Mbps e suportar no mínimo os seguintes padrões: IEEE 802.11 b/g/n. - Mínimo de 04 (quatro) portas LAN 10/100 Mbps Fast Ethernet MDI/MDXI. - Mínimo 01 (uma) porta WAN que suporte de endereço IP estático, DHCP client, PPPoE, PPTP e L2TP. - Mínimo 01 (uma) porta padrão USB 2.0. - Deverá suportar no mínimo os padrões de criptografia WPA e WEP. - Possuir sistema de segurança de duplo firewall (SPI e NAT). - Mínimo de 02 (duas) antenas desmontáveis de 03 dBi tipo bipolar. - Potência mínima de saída de 17 dBm. - Suportar DMZ. - Deverá suportar filtro de endereços de MAC e IP. - Deverá possuir engenharia de tráfego QoS. - Garantia de 12 meses;

Ambiente: Central de Material Esterelizado(CME)

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Seladora	1	1.100,00	1.100,00

Característica Física	Especificação
TIPO/ APLICAÇÃO	MANUAL-PEDAL/ GRAU CIRÚRGICO

Especificação Técnica

Ambiente: Unidades Móveis para Transporte de Equipes

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Veículo de Passeio - Transporte de Equipe (5 pessoas, 0 Km)	1	45.000,00	45.000,00

Característica Física	Especificação
TIPO DE COMBUSTÍVEL	BICOMBUSTIVEL

PORTAS	04 PORTAS
--------	-----------

AR CONDICIONADO	POSSUI
-----------------	--------

TRIO ELÉTRICO (TRAVA,VIDRO,ALARME)	POSSUI
------------------------------------	--------

CAPACIDADE	05 LUGARES
------------	------------

FREIOS ABS E AIRBAG DUP	POSSUI
-------------------------	--------

CÂMBIO	MANUAL
--------	--------

MOTORIZAÇÃO	1.0 A 1.3
-------------	-----------

TIPO DE DIREÇÃO	HIDRÁULICA / ELÉTRICA
-----------------	-----------------------

DISTÂNCIA ENTRE EIXOS	MINÍMA DE 2.370 MM
-----------------------	--------------------

Especificação Técnica

Ambiente: Sala de Inalação Coletiva

Nome do Equipamento	Qtd.	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Nebulizador Portátil	1	300,00	300,00

Característica Física	Especificação
TIPO	ULTRASSÔNICO

NÚMERO DE SAÍDAS SIMULTÂNEAS	01
------------------------------	----

Especificação Técnica

Total	Qtd. Total	Valor Total (R\$)
	12	70.000,00

QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS	
QTD. TOTAL	VALOR TOTAL (R\$)
12	70.000,00

DADOS BANCÁRIOS	
CÓDIGO	BANCO
001	BANCO DO BRASIL S.A.
AGÊNCIA	NOME
039330	ITAQUIRAI
ENDEREÇO	
AV. TREZE DE MAIO, 393 CENTRO CEP: 79965000	