

**MINISTÉRIO  
DA SAÚDE**

**PROPOSTA DE AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO/MATERIAL  
PERMANENTE**

**Nº. DA PROPOSTA: 10678.196000/1170-06**

**IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE**

**CNPJ**                      **NOME DO FUNDO DE SAÚDE**  
10.678.196/0001-FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
21

<b>Endereço Completo</b>	<b>EA</b>	<b>Tipo</b>
ANANIAS CANDIDO DE ALMEIDA CENTRO	MUNICIPAL	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
<b>CEP</b>	<b>UF</b>	<b>Município</b>
37670000	MG	CONSOLACAO

**TIPO DO RECURSO DA PROPOSTA**

Recurso de Emenda Parlamentar  
22150009 - R\$ 11.500,00 - BILAC PINTO

**DADOS DA(S) UNIDADE(S) ASSISTIDA(S)**

**Nome:**                      **UBS DE CONSOLACAO**  
**Tipo Unidade:**        **CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA**  
**CNPJ:**                      18.025.916/0001-61                      **CNES:**                      **2211327**  
**Endereço:**                TRAVESSA JOSE DE PINHO NOGUEIRA - CENTRO, CEP:37670000

**OBJETO DA PROPOSTA**

AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE

**JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA**

**UNIDADE ASSISTIDA:**        UBS DE CONSOLACAO                      **CNES:** 2211327  
**INFORME A MOTIVAÇÃO DA AQUISIÇÃO SOLICITADA.**  
O MUNICIPIO NÃO POSSUI ELETROCARDÍOGRAFO PORTÁTIL, EXISTE DEMANDA PARA ESTE TIPO DE EXAME NO MUNICIPIO.  
**INDICAR O PAPEL DO MUNICÍPIO NO PDR.**

**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.**

**INFORME A POPULAÇÃO ASSISTIDA RESIDENTE E REFERENCIADA.**

**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?**

**INFORME A MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS, DEPOIS DO PRAZO DE GARANTIA.**

**EQUIPAMENTOS/MATERIAL PERMANENTE**

**UNIDADE ASSISTIDA: UBS DE CONSOLACAO**

**Ambiente: Sala de Procedimentos**

**Nome do Equipamento**

**Qtd.            Valor unitário    Valor**

		(R\$)	total (R\$)
Eletrocardiógrafo Portátil	1	11.500,00	11.500,00
<b>Característica Física</b>	<b>Especificação</b>		
NÚMERO DE CANAIS	12		
BATERIA INTERNA	POSSUI		
MEMÓRIA	POSSUI		
TELA LCD	POSSUI		
SUORTE COM RODÍZIOS	NÃO POSSUI		
LAUDO INTERPRETATIVO	POSSUI		
ACESSÓRIO(S)	1 CABO DE ECG		

**Especificação Técnica**

<b>Total</b>	<b>Qtd. Total</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
	1	11.500,00

**QUANTIDADE E VALOR TOTAL DOS EQUIPAMENTOS APRESENTADOS**

<b>QTD. TOTAL</b>	<b>VALOR TOTAL (R\$)</b>
1	11.500,00

**DADOS BANCÁRIOS****CÓDIGO BANCO**

104 CAIXA ECONOMICA FEDERAL

**AGÊNCIANOME**

016993 PARAISOPOLIS

**ENDEREÇO**

RUA BUENO DE PAIVA, 408 CENTRO CEP:37660000

**DOCUMENTAÇÃO DA PROPOSTA**

Outros documentos para a Proposta - termo de compromisso B.pdf